



O PAPEL DO ENFERMEIRO NA IDENTIFICAÇÃO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

SILVA, Ana Karla Santiago da¹
LIVAS, Michele Stephani Viga²
COSTA, Sara Fernanda Veloso da³
SILVA, Thayriny Benesforte da⁴
ARAÚJO, Romaina Idayara Silva de⁵

RESUMO

O enfermeiro desempenha um papel crucial na identificação e prevenção da violência obstétrica (VO), promovendo um ambiente seguro e respeitoso durante a gestação. Este fenômeno atenta contra a dignidade e os direitos das gestantes, normalmente advinda de intervenções inadequadas e da falta de esclarecimento sobre consentimento. O objetivo deste estudo visa analisar a assistência prestada pela enfermagem e o seu dever frente a detecção e combate da VO no processo gravídico-puerperal, utilizando o método de revisão integrativa da literatura. Foram implantadas estratégias de busca com base em pesquisas dos bancos de dados do Pubmed, Biblioteca virtual em Saúde (BVS), Scielo, através da leitura e análise dos artigos. A pesquisa abrangeu revisões publicadas nos últimos dez anos, das quais 15 foram selecionados. A análise revelou que 10 artigos evidenciam ações obstétricas, como manobra de Kristeller e episiotomia, muitas vezes desnecessárias. Outros cinco artigos focam na promoção da autonomia e apoio emocional às gestantes, revelando a urgência de legislações específicas e ações informativas para prevenir a VO.

¹Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Estácio UNIMETA, Rio Branco/Acre/Brasil. Email: ana498732@gmail.com

²Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Estácio UNIMETA, Rio Branco/Acre/Brasil. Email: michelestephani123@gmail.com

³Graduanda do curso de Bacharelado em Enfermagem pela Estácio UNIMETA, Rio Branco/Acre/Brasil. Email: sarafrota12@gmail.com

⁴Graduada em Enfermagem Bacharelado pela Uninorte. Rio Branco/Acre/Brasil. Graduada em Pedagogia pela Faculdade Sinal, Rio Branco/Acre/Brasil. E-mail: thayrin.silva@professores.estacio.br

⁵Graduada em Biologia Bacharelado pelo Faveni. Rio Branco/Acre/Brasil. Email: romainaidayara@gmail.com

Palavras chaves: Parto humanizado; Violência obstétrica; Enfermagem; Saúde da mulher; Maternidade, Abuso.

THE ROLE OF THE NURSE IN THE IDENTIFICATION AND PREVENTION OF OBSTETRIC VIOLENCE

ABSTRACT

Nurses play a crucial role in identifying and preventing obstetric violence (OV), promoting a safe and respectful environment during pregnancy. This phenomenon violates the dignity and rights of pregnant women, usually resulting from inadequate interventions and lack of clarification about consent. The objective of this study is to analyze the care provided by nurses and their duty to detect and combat OV during pregnancy and childbirth, using the integrative literature review method. Search strategies were implemented based on searches of the Pubmed, Virtual Health Library (BVS), and Scielo databases, through reading and analysis of articles. The research included reviews published in the last ten years, of which 15 were selected. The analysis revealed that 10 articles highlight obstetric actions, such as the Kristeller maneuver and episiotomy, which are often unnecessary. Another five articles focus on promoting autonomy and emotional support for pregnant women, revealing the urgency of specific legislation and informative actions to prevent OV.

Keywords: Humanized childbirth; Obstetric violence; Nursing; Women's health; Maternity; Abuse.

1. INTRODUÇÃO

O parto é considerado um momento único na vida da mulher e antes era executado no ceio da família onde a gestante era acompanhada pela parteira da sua confiança. Porém, com o avanço da saúde esse processo passou por mudanças, desde então situações que passaram a acontecer com as parturientes, afetavam sua integridade física e moral, a partir daí caracterizado como violência obstétrica (VO) (ESTUMANO, 2017).

MENEZES *et al.*, (2020), destacam a partir de suas pesquisas sobre violência obstétrica (VO), a Lei Orgânica nº 38.668, de 23 de abril de 2007, da Venezuela, que assegura os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência e define a VO como a exploração do corpo feminino e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, evidenciada pelo tratamento

desumano, uso excessivo de medicação e intervenções desnecessárias sobre processos fisiológicos, resultando em perda de autonomia e liberdade de escolha, o que impacta negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Adicionalmente, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo vê a VO como um desrespeito à mulher, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, convertendo os processos naturais do parto em enfermidade ou excesso de medicalização, privando as mulheres do direito de decidir sobre si mesmas e seus corpos. (MENEZES *et al.*, 2020).

Conforme o levantamento apresentado por Lansky *et al.*, (2019), verificou-se que uma em cada quatro mulheres sofrem algum tipo de agressão obstétrica no Brasil. Ainda, identificaram que 23.940 puérperas tiveram excesso de intervenções inadequadas e muitas vezes prejudiciais, expondo a gestante e o feto. Mais da metade delas tiveram episiotomia, 91,7% ficaram em posição de litotomia durante a parturição, quando as evidências recomendam posições verticalizadas; em 40% das gestantes foi utilizado a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica e 37% foram submetidas à manobra de Kristeller. Além das taxas elevadas de cesariana 56,9%.

Nesse contexto, o profissional de enfermagem é indispensável na proteção e identificação da VO, é importante que o profissional consiga intervir e ser capaz de identificar os diferentes cenários que permeiam a saúde da mulher, como também do neonato. A realização dessa função deve ser feita com ética, senso de responsabilidade, compromisso com as parturientes de um modo sensível e empático (MENEZES *et al.*, 2020).

Além disso, cabe ao profissional de saúde prevenir a VO, diminuindo o número de práticas invasivas, sempre informando a paciente sobre o procedimento que será realizado, utilizando uma linguagem clara e simples, prestando um cuidado humanizado durante todo o período gestacional, parto e pós-parto, de modo a proporcionar uma assistência de qualidade. Ademais, a competência da enfermagem é disponibilizar orientações sobre os sinais e os sintomas que ocorre durante a gestação e parturição, ofertando métodos de alívio para dor e esclarecer sobre a progressão do nascimento e os cuidados durante o puerpério (BATISTA *et al.*, 2024).

Assim, o objetivo geral dessa pesquisa é examinar e esclarecer os conceitos de VO ao longo de toda a fase gestacional e puerperal, verificando a assistência prestada pelos enfermeiros e a sua função frente ao reconhecimento e mitigação da VO nos cuidados perinatais. A pesquisa busca analisar como a VO é descrita e reconhecida na literatura, avaliando de forma cuidadosa os artigos disponíveis sobre o tema. Também buscou-se detectar os principais fatores que contribuem para a perpetuação da VO e como ela se manifesta nas atividades de assistência de enfermagem à gestante e à parturiente.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A investigação consiste em uma análise bibliográfica do tipo revisão integrativa, que aplicou certos critérios para a obtenção de dados, visando evidenciar o papel fundamental da enfermagem na prevenção da VO. A coleta e organização das informações foi realizada da seguinte maneira:

a. Formulação de questionamento para pesquisa: Qual é o papel do enfermeiro na detecção e combate da violência obstétrica ao longo do pré-natal, do parto e do período pós-parto?

Busca na literatura: Foram analisadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o National Institute of Health (PUBMED), empregando os Descritores em Ciências da Saúde (DECs): "Parto humanizado", "Violência obstétrica", "Enfermagem", "Saúde da mulher", "Maternidade" e "Abuso". O levantamento dos dados concentrou-se em textos abordando o tema debatido no Brasil nos últimos dez anos (2014 a 2024).

b. Seleção dos artigos: Foram escolhidos artigos em português que pudessem ser acessados sem custos e que tratassem do tema: a função do enfermeiro na detecção e combate à violência obstétrica. Os critérios para exclusão incluíram artigos repetidos (presentes em mais de uma base de dados) e aqueles que não se alinhavam com os objetivos da pesquisa.

c. Extração dos dados: Após a análise dos artigos, foram escolhidos 15 no total, conforme apresentado nas tabelas 1 e 2, que servirão para os resultados deste estudo.

d. Síntese dos dados: As informações foram estruturadas em tabelas e gráficos a partir de uma investigação elaborada na região do país (Brasil).

3. RESULTADOS

As abordagens obstétricas abusivas é um problema crescente no Brasil, refletido em diversas interferências ao longo do trabalho de parto (TP) e nascimento, muitas vezes realizadas sem indicação clínica e sem embasamento científico. O quadro 1 destaca as principais técnicas inadequadas ocorridas no ciclo-gravídico-puerperal.

Os dados coletados de 10 artigos, apresentados no quadro 01 e no gráfico 01, mostram a frequência com que diferentes tipos de conduta violentas foram mencionadas. Entre as práticas relatadas estão: posição de litotomia, manobra de Kristeller, episiotomia, administração de

ocitocina, parto cesárea, toque vaginal, agressão verbal e psicológica, proibição de acompanhante, privação de movimentos, restrição de líquidos e alimentos, e tricotomia.

As técnicas mais mencionadas, em ordem decrescente, foram a manobra de Kristeller, episiotomia e administração de ocitocina, (9); parto cesárea, (7); posição de litotomia e toque vaginal, (6); agressão verbal e psicológica e proibição de acompanhante, (5); privação de movimentos e tricotomia, (4), considerando os resultados de todos os 10 artigos analisados. Esses números sugerem que tais atos podem ocorrer de forma rotineira, apesar de estudos apontarem que essas intervenções são desnecessárias e carecem de respaldo científico. As técnicas menos apontadas, embora com menor frequência, ainda assim apresentam um índice elevado e requerem maior conscientização para evitar sua aplicação.

O enfermeiro desempenha uma posição insubstituível na classificação e inibição da VO, assegurando a dignidade e privacidade da gestante, e garantindo um ambiente acolhedor e respeitoso. O quadro 2 aponta a atuação da enfermagem na detecção e combate a tais violências.

A partir dos dados coletados de 5 artigos apresentados no quadro 02, observa-se no Gráfico 02, a frequência com que condutas consideradas necessárias, realizadas pela enfermagem, foram destacadas. Entre as medidas descritas estão, praticar escuta ativa e empática, evitar medidas não essenciais, explicar os métodos, riscos e benefícios, garantir a presença de um acompanhante, assegurar a autonomia, privacidade e direitos da gestante, fornecer segurança e apoio emocional, garantir um ambiente limpo, seguro e tranquilo, aplicar práticas baseadas em evidências, promover educação e conscientização, obter consentimento informado.

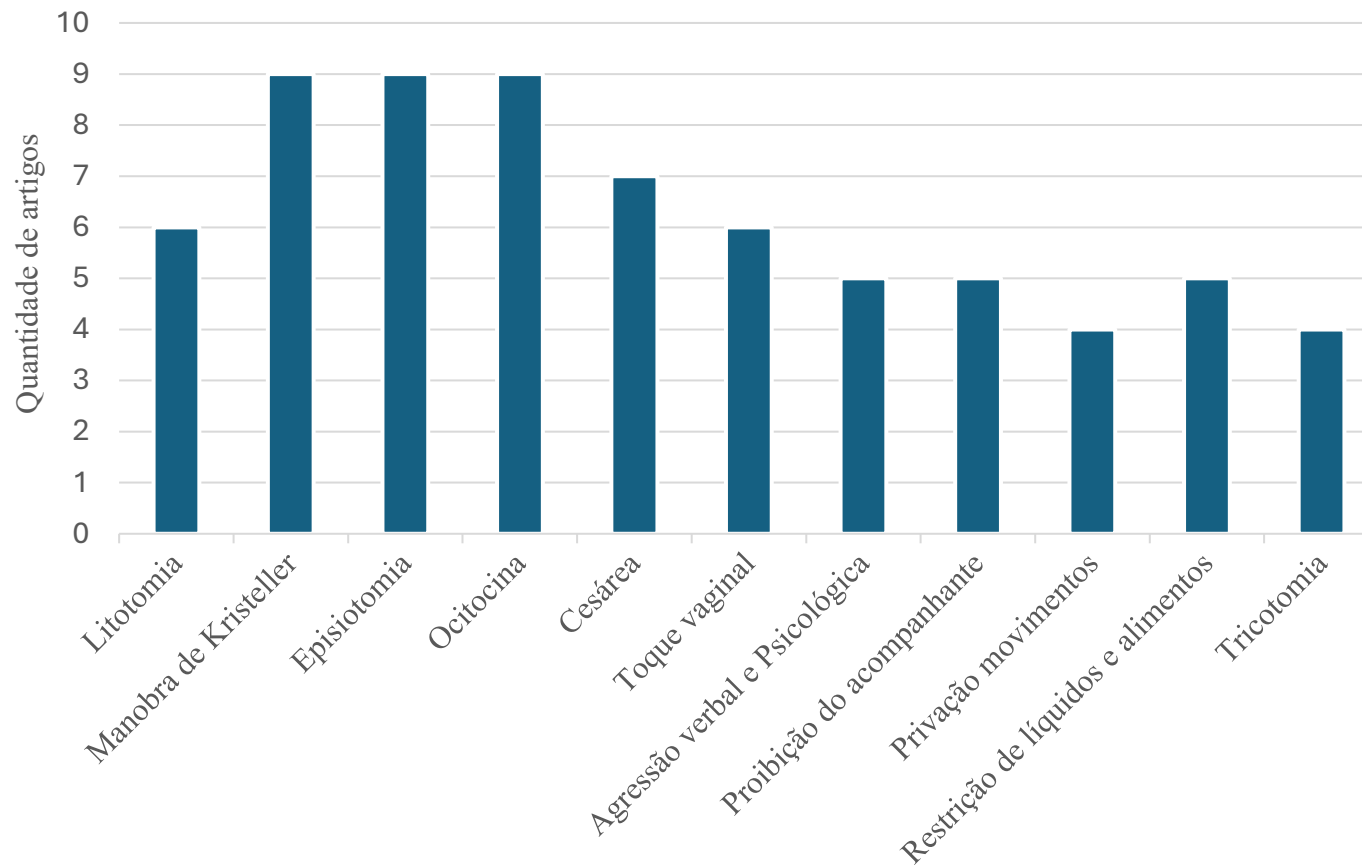
As ações mais listadas, foram, assegurar a autonomia, privacidade e direitos da gestante, (5); explicar os procedimentos, riscos e benefícios, fornecer segurança e apoio emocional, (4); evitar procedimentos desnecessários, (2); praticar escuta ativa e empática, garantir presença de um acompanhante, garantir um ambiente limpo, seguro e tranquilo, aplicar práticas baseadas em evidências, promover educação e conscientização, obter consentimento informado, (1), dado os itens retirados dos 05 artigos. Esses números sugerem que os métodos mais observados ainda necessitam de reforço, ao passo que as menos citadas podem ser as mais realizadas.

Quadro 01. Principais formas de manifestações da Violência Obstétrica.

Referências	Resultados
LEAL <i>et al.</i> , 2014	Litotomia, manobra de kristeller, episiotomia, ocitocina, restrição de líquidos e alimentos, privação de movimentos.
SILVA <i>et al.</i> , 2014	Episiotomia, cesárea, toque vaginal, manobra de kristeller, ocitocina, litotomia, restrição de líquidos e alimentos, imobilização de membros, agressão verbal e psicológica, proibição do acompanhante, privação de movimentos.
SOUZA <i>et al.</i> , 2016	Litotomia, ocitocina, manobra de kristeller, toque vaginal, restrição de líquidos e alimentos, episiotomia.
ESTUMANO <i>et al.</i> , 2017	Toques vaginais, ocitocina, episiotomia, manobra de kristeller.
ZANARDO <i>et al.</i> , 2017	Litotomia, manobra de kristeller, episiotomia, ocitocina, agressão verbal e psicológica, tricotomia, proibição do acompanhante.
NASCIMENTO, 2018	Ocitocina, privação de líquidos e alimentos, toque vaginal, tricotomia, privação de movimentos, episiotomia, manobra de Kristeller e cesárea.
LANSKY, 2019	Episiotomia, litotomia, ocitocina, manobra de kristeller, cesárea, proibição do acompanhante.
MENEZES <i>et al.</i> , 2020	Agressão verbal e psicológica, episiotomia, tricotomia, ocitocina, proibição do acompanhante, cesárea, toques vaginais, manobra de kristeller.
MATOS, 2021	Agressão verbal e psicológica, episiotomia, toques vaginais, manobra de kristeller, ocitocina, restrição de líquidos e alimentos, cesárea.
DOS SANTOS <i>et al.</i> , 2022	Agressão verbal e psicológica, proibição do acompanhante, restrição do contato pele a pele mãe-bebê, privação de movimentos, restrição de líquidos e alimentos, toques vaginais, litotomia, manobra de kristeller, episiotomia, cesárea, tricotomia.

Fonte: Autores, 2024.

Gráfico 01. Frequência de menções dos Tipos de Violência Obstétrica nos artigos selecionados.



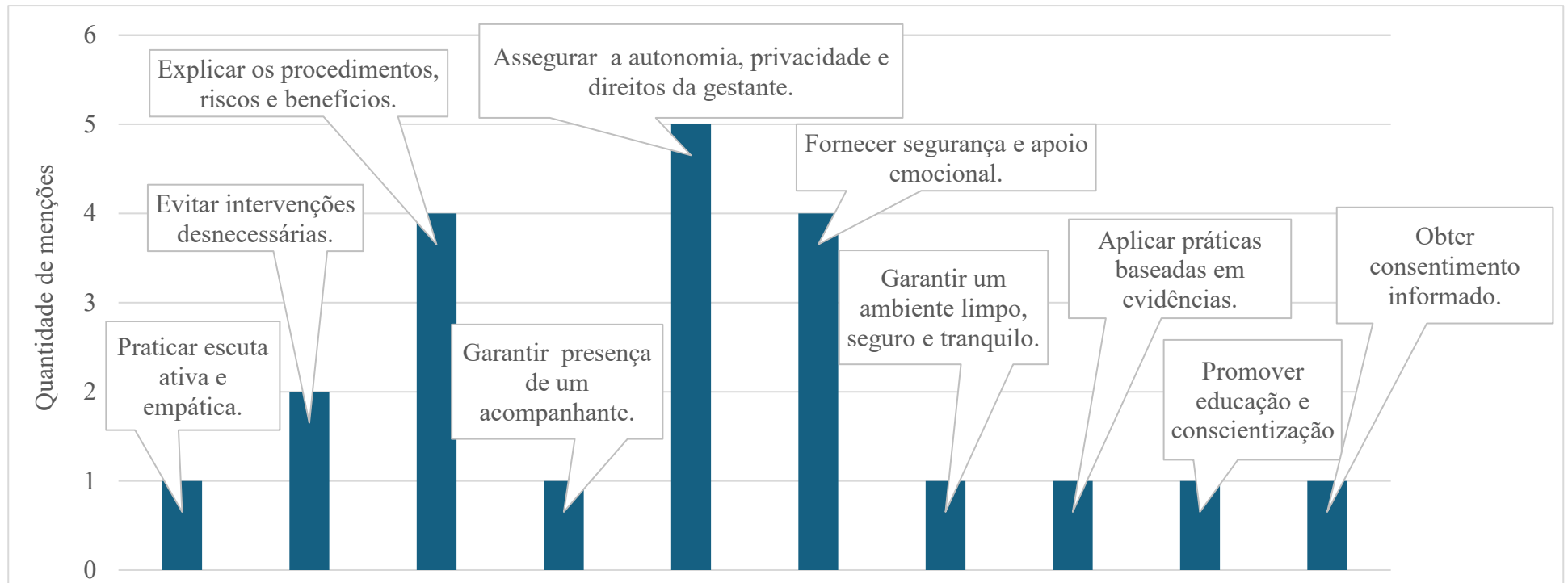
Fonte: Autores, 2024.

Quadro 02. Práticas de Enfermagem necessárias durante o ciclo gravídico-puerperal.

Referências	Intervenções
LEAL <i>et al.</i> , 2014	Explicar os procedimentos, riscos e benefícios, evitar intervenções desnecessárias, garantir a autonomia, privacidade e direitos da gestante, praticar escuta ativa e empática, promover um ambiente limpo, seguro e tranquilo, garantir presença de acompanhante.
MENEZES <i>et al.</i> , 2020	Aplicar práticas baseadas em evidências, evitar intervenções desnecessárias, fornecer segurança e apoio emocional, garantir a autonomia, privacidade e direitos da gestante, explicar os procedimentos, riscos e benefícios.
CORDEIRO <i>et al.</i> , 2022	Fornecer segurança e apoio emocional, promover educação e conscientização, garantir a autonomia, privacidade e direitos da gestante.
BATISTA <i>et al.</i> , 2024	Explicar os procedimentos, riscos e benefícios, garantir a autonomia, privacidade e direitos da gestante, identificar e denunciar violência obstétrica, promover o cuidado humanizado, fornecer segurança e apoio emocional, obter consentimento informado.
LINHARES, 2024	Garantir a autonomia, privacidade e direitos da gestante, fornecer segurança e apoio emocional, explicar os procedimentos, riscos e benefícios.

Fonte: Autores, 2024.

Gráfico 02. Prevalência de condutas de enfermagem necessárias durante o ciclo gravídico-puerperal.



Fonte: Autores, 2024.

4. DISCUSSÃO

Nessa seção, abordaremos o conceito de violência obstétrica, os tipos de VO e intervenções desnecessárias, fatores associados a VO no Brasil, o impacto da VO na vida da mulher e o papel do enfermeiro na promoção de uma parturição livre de violência.

4.1. Violência Obstétrica

Para uma melhor compreensão sobre a VO e os fatores a ela relacionados, é primordial entender o parto em si. Segundo Rohde (2016), o processo de nascer não é apenas um evento médico, mas um acontecimento com ressignificações tanto pessoais, como familiares, sociais e culturais para a parturiente. Embora existam experiências da parturição muito positivas e satisfatórias, em que as parturientes se sentem seguras, confiantes e apoiadas, ocorre também experiências negativas e traumáticas, onde elas estão vulneráveis, assustadas e inseguras. A dor dessa fase, por sua vez, é fisiológica, mas também pode ser intensificada pela pressão social imposta à mulher no momento do parto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2014), configura VO como o uso indevido do corpo e das práticas reprodutivas das mulheres por profissionais de saúde, incluindo tratamento desumano, uso abusivo de drogas e redução da autonomia da parturiente frente ao parto normal, trazendo consequências negativas em sua qualidade de vida. Contudo, conforme Santos *et al.*, (2022), violência institucionalizada, é aquela que ocorre em ambientes de cuidados de saúde públicos ou privados que vão desde a falta de acesso a cuidados até cuidados de má qualidade.

Mulheres primigestas e solteiras também são mais susceptíveis a sofrerem VO, uma vez que ainda não vivenciaram um parto antes, não tem um cônjuge, não estão familiarizadas com o processo de parturição e com as medidas médicas que podem ser realizadas, tornando-as mais indefesas e menos capazes de expressar suas necessidades (SILVA, 2023).

Em conformidade com a investigação realizado por Bohen *et al.*, (2019), os maus-tratos, o abuso e a negligência dos profissionais de saúde em muitos contextos contribuíram para a insatisfação, a desconfiança e a evitação dos cuidados obstétricos. Além disso, as parturientes sentiam-se desencorajadas a dar à luz em hospitais por medo de danos, elas temem a automutilação, tendo em vista que, não conseguem distinguir entre uma episiotomia e uma cesariana. Em vez disso, elas chamam qualquer forma de episiotomia ou dissecação abdominal de “corte”, elas temem a cirurgia por motivos: como longas internações hospitalares, custos elevados, percepções negativas da cirurgia, estigma social e risco de futuros problemas de relacionamento.

Uma pesquisa realizada por Santos *et al.*, (2022), no interior do Pará, constatou que a VO está entre todas as queixas das parturientes: 69,8% dos profissionais tiveram comportamentos antiéticos, com comentários sarcásticos, desrespeitosos ou em tom de deboche. 67,7% foram advertidas por chorar ou gritar. 59,4% impedidas de serem acompanhadas durante o trabalho de parto e 65,6% não tiveram contato pele a pele com o seu bebê e nem amamentaram após a parturição. 77,1% eram obrigadas a ficarem em posição de litotomia durante a parturição, 57,3% toques vaginais repetidos e/ou realizados por diferentes profissionais, 56,3% amniotomia, 55,2% analgésicos, 43,8% manobra de Kristeller.

Rohde (2016), relata que as gestantes tendem a confiar no sistema de atendimento ao parto e, talvez por isso, muitas não busquem informações prévias, chegando aos hospitais sem noção do que irá acontecer a elas e seus bebês. Consequentemente, elas podem acabar se submetendo aos processos sem questionamento. Essa falta de preparação pode resultar em uma experiência marcada por tensão e medo, potencialmente se transformando em um trauma que perdurará por toda a vida.

4.2. Tipos de violência obstétrica e Intervenções desnecessárias

Baseado nos dados analisados pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (2022), uma entre quatro mulheres sofre algum tipo de VO no Brasil, podendo ocorrer em qualquer momento do pré-natal, parto, pós-parto ou aborto. A VO pode se apresentar de diversas formas.

A violência psicológica ou verbal é caracterizada por ações verbais e comportamentais que geram na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, insegurança, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Durante o TP são frequentes comentários humilhantes, repreensões, ameaças verbais, ofensa, menosprezar a gestante com base em sua raça, idade, nível de escolaridade, religião, convicções e orientação sexual, situação socioeconômica, quantidade de filhos ou estado civil, zombar das decisões da paciente para seu parto, como a posição em que ela deseja dar à luz (SILVA *et al.*, 2022).

Adicionalmente, violência psicológica também pode ocorrer na privação do contato pele-a-pele imediato e ininterrupto mãe-bebê, já que interfere na formação do vínculo entre progenitora e recém-nascido (RN), impactando não somente a saúde emocional dela, mas também o desenvolvimento inicial do neonato. Esse primeiro contato é essencial para o fortalecimento do elo familiar, e possibilita à mulher aprender a cuidar do seu filho, com apoio da equipe de enfermagem (FIOCRUZ, 2023).

Já a violência física é quando ações e atividades não essenciais e violentas são realizadas sem o consentimento da mulher, tais como: administração de soro com ocitocina, lavagem intestinal (aumenta o risco de infecções), privação de líquidos e alimentos, excesso de exames de toque, ruptura artificial da bolsa, remoção dos pelos pubianos, imposição de posição de parto não escolhida pela mulher, falta de alívio para dor; episiotomia; sutura da episiotomia com um ponto extra para estreitar a entrada da vagina; uso de fórceps sem necessidade; imobilização de membros; e manobra de Kristeller (proibida pela OMS em 2017) e cesarianas sem real indicação clínica ou por conveniência médica (NASCIMENTO, 2018).

Nascimento (2018), salienta também a VO de caráter sexual, que se manifesta através de ações que buscam controlar a sexualidade feminina abusando do poder e da confiança, como assédio, flerte, cantadas, contato físico não consentido, convites inadequados, insinuações, incitações sexuais e mutilação genital. Diversas ações são realizadas sem respaldo científico e, sobretudo, sem a autorização das mulheres em trabalho de parto.

Por fim, a eliminação das manobras de Kristeller, episiotomia, uso excessivo de ocitocina e toques vaginais sem necessidade, igualmente como cesarianas sem embasamento científico, outrora consideradas assistenciais, é classificada como VO, pois prejudica o corpo da mulher e pode causar danos físicos e psicológicos.

4.2.1. Toque vaginal

Exame aplicado principalmente para monitorar a abertura do colo do útero e acompanhar o progresso do parto. Tal questão é frequente na VO e era identificado como violência e experimentado por alguns participantes de um estudo conduzido por Leal *et al.*, (2019). A pesquisa revelou que 20% das participantes foram submetidas a exames de toque invasivos, persistentes ou agressivos, resultando em dor e desconforto para as parturientes. Todavia, Ministério da Saúde (MS) (2017), preconiza que se deve esperar quatro horas entre um exame de toque e outro, não sendo necessária justificativa clínica para períodos menores.

Rohde (2016), executou uma análise no qual foram coletados depoimentos de gestantes. De um total de respostas válidas, 9,5% foram concluídos com apenas um toque vaginal. Na maioria dos partos, 30,1% apontaram terem sido tocadas entre 2 e 3 vezes. 0,6% indicaram que não sabem quantos toques receberam. Em 9,8% foram evitados toques vaginais. Em virtude disso, registrou-se que a maioria das grávidas passaram por um exame de toque vaginal durante o TP, relatando que várias delas foram examinadas mais de uma vez.

4.2.2. Manobra de Kristeller

Método em que são realizadas compressões no fundo uterino, com intuito de acelerar o TB, considerada uma abordagem agressiva que pode resultar em danos sérios, como hemorragias, lesões perineais, rupturas uterinas e complicações para o lactente.

Em 2010, a OMS, declarou através de um documento que não existem evidências de benefícios na aceleração ou prevenção do prolongamento do segundo estágio do trabalho de parto através da manobra de Kristeller, a qual também pode acarretar consequências negativas para a genitora e o neonato. Portanto, tal prática já é banida pela OMS.

Rohde (2016), dirigiu um experimento onde constatou-se que alguns obstetras têm a tendência de realizar a manobra de Kristeller de forma precoce e exagerada, seja por "hábitos obstétricos" ou falta de experiência adequada em partos vaginais instrumentados.

Lima *et al.*, (2020), executou uma busca, a qual evidenciou-se que os profissionais de saúde sabem que a manobra de kristeller é proibida, mas, no entanto, a executam sem registrar nos prontuários. Apesar de não existirem muitas análises específicas, o seu uso está relacionado ao aumento do número de lacerações perineais e à necessidade de realizar a episiotomia, além de causar fraturas claviculares e graves danos cerebrais em RNs. Devido às diversas repercussões negativas para a mãe e neonato, a manobra não deve ser mais empregada por profissionais de saúde, conforme orientação do ministério da saúde (2017).

4.2.3. Episiotomia

Incisão feita no períneo feminino durante o nascimento, quando a cabeça do feto está prestes a sair. O objetivo da intervenção é alargar o canal de saída do RN para facilitar o processo de parto natural. O procedimento é executado quando a mulher não tem dilatação suficiente para o parto. Acreditava-se que essa estratégia prevenia lesões graves na mãe e acelerava a saída do recém-nascido. Nos anos 40, essa conduta se tornou comum, devido à mudança das parturições de casa para o hospital. Por outro lado, atualmente tem-se ciência de que os malefícios causados pela episiotomia superam suas vantagens (VARELLA, 2021).

De acordo com a Fiocruz (2021), a episiotomia costumava ser vista pelos obstetras como uma forma de proteger o períneo, o assoalho pélvico e o feto durante o parto, embora tenha sido cada vez mais evidenciado que é um procedimento prejudicial e não necessário. Além de não proteger o assoalho pélvico.

Rohde (2016), enfatiza que as episiotomias resultam em maior quantidade de sangramento, dor, deformidades, dificuldades maiores, tanto a curto quanto a longo prazo e desconforto durante o sexo, se comparadas às lacerações naturais no períneo. Adicionalmente, apresentam potenciais mais sérios, como a rompimento de uma artéria ou veia maior, levando a uma hemorragia severa, o que não acontece em cortes naturais.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) (2022), mencionando uma pesquisa implementada pela FIOCRUZ em 2011-2012, reconheceu que a incidência de episiotomia no Brasil é de 56% em geral e de quase 75% em primíparas. Todavia, pesquisas feitas em 2018 pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo) constataram que não há provas científicas suficientes para determinar as situações em que a episiotomia é necessária, apenas que a abordagem seletiva continua a ser a mais indicada.

Frente às provas contrárias à episiotomia, Rohde (2016), reitera uma orientação da OMS de 1996 que preconiza a restrição do uso da técnica a menos de 10% dos casos, somente quando houver indicação clara.

4.2.4. Ocitocina sintética

É um hormônio produzido em laboratório, muito aplicado durante a TB, com o intuito de estimular as contrações uterinas e induzir a parturição. Quando empregada de forma habitual e sem critérios apropriados, configura-se como VO (Nucci, 2018).

Nesse contexto, Nucci (2018), verificou que a OMS não recomenda o uso de ocitocina (OT). No entanto, esse método é frequentemente adotado de maneira rotineira em maternidades brasileiras, com o propósito de intensificar e acelerar as contrações. De modo igual, Nucci menciona uma pesquisa realizada por McCallum *et al.*, (2008) em uma maternidade pública de Salvador, onde constatou-se que as mulheres temiam bastante o uso da ocitocina devido ao aumento das dores e desconfortos associados à sua administração.

De acordo com a análise de Moraes *et al.*, (2024), o uso excessivo de medicamentos e ocitocina durante o parto pode causar problemas como taquissístolia (aceleração dos batimentos cardíacos), hipertonia (aumento do tônus muscular) e hiperestimulação uterina (intensificação das contrações do útero), levando a complicações como ruptura uterina, hemorragia materna e lesões perineais durante a parturição. Reafirma ainda, que para o nascituro (ser concebido, mas ainda não nascido), o efeito colateral mais comum é o sofrimento fetal agudo, causado pela diminuição do fluxo sanguíneo no espaço entre as vilosidades devido à taquicardia e/ou aumento da pressão arterial.

Em uma busca realizada por Rohde (2016), observou-se que para o total de partos cesáreos, vaginais e intraparto realizados, a OT sintética não era utilizada, o que corresponde a 31,6%. Em 61,7%, a OT foi utilizada durante o TP. Em 6,7%, afirmaram não saber se a OT é aplicada durante o TP. Em alguns casos em que a OT era usada durante o TP, 57,1% das deram o seu consentimento, enquanto 34,5% não consentiram. Em outros casos 3,5%, a grávida foi informada sobre o uso da ocitocina, porém não lhe era solicitada permissão.

Diante disso, é fundamental que a equipe multidisciplinar avalie cuidadosamente o uso da ocitocina para evitar danos, respeitando os direitos sexuais, reprodutivos e a autonomia da parturiente, levando em conta as condições fisiológicas da mãe e do feto.

4.2.5. Parto Cesárea

A cesariana consiste na remoção do feto do útero materno através de uma incisão no abdômen, geralmente realizada por um obstetra. A ideia por trás dessa ação é garantir a preservação da vida do neonato ou da parturiente perante o iminente perigo relacionado à gestação e parturição. No entanto, as operações de parto cesariana (PC) podem ser consideradas formas de VO por conta do risco grave que representam ao feto e à parturiente, podendo ocasionar ruptura uterina, implantação placentária anormal, trombose, hemorragia, recuperação mais longa, infecção do tecido peritoneal, lesões, dor e mortalidade materna (MOURA *et al.*, 2017) (SILVA, 2019) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

O ministério da Saúde (2016), através de um anexo publicado na portaria nº 306 de 28 de março de 2016, ressalta que a taxa de cesariana no Brasil é de aproximadamente 56%, com grande disparidade entre os hospitais públicos e privados.

Avaliações realizadas pela OMS (2015), mostram que taxas de cesárea acima de 10% não reduzem mortalidade materna, perinatal ou neonatal. Mesmo assim, o índice desse procedimento tem aumentado em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Quando realizadas por motivos médicos, as cirurgias podem reduzir os índices de morte e doenças materna e perinatal. No entanto, não há prova de que a realização dessa operação quando não é necessário seja vantajosa. Da mesma forma que toda cirurgia, uma cesariana apresenta perigos de curto a longo prazo. Perigos persistentes no pós-parto afetam mãe e lactente, prejudicando gestações futuras, acima de tudo em mulheres com poucos cuidados obstétricos.

Além do mais, a OMS (2015), coordenou duas pesquisas com intuito de identificar a taxa de cesáreas em nível populacional. A primeira etapa envolveu uma análise cuidadosa dos artigos que procuraram classificar a taxa de cesáreas ideal para referido país ou população. O segundo estudo, examinou os dados mais recentes de cada país sobre a questão. Baseado nesses levantamentos e utilizando métodos reconhecidos internacionalmente para avaliar as evidências com técnicas analíticas comentadas, a OMS chegou à conclusão de que:

- A cesárea é uma técnica eficaz para garantir a segurança da genitora e do recém-nascido, mas somente deve ser realizada por razões médicas.
- Em termos de população, as taxas de cesárea superiores a 10% não têm ligação com diminuição da mortalidade materna e neonatal.

- Uma cesariana em áreas sem infraestrutura ou capacidade adequada pode resultar em complicações graves, e até mesmo permanentes, sequelas ou morte. Em teoria, uma cesárea deve ser feita somente em casos de real necessidade médica.

- Deve haver uma concentração em nossos esforços para garantir que as cesáreas sejam realizadas somente quando necessário, sem buscar atingir uma taxa específica.

- Não se sabe, até o momento quais são os impactos das taxas de cesáreas em relação a outros resultados além da mortalidade, como morbidade materna e perinatal, evolução pediátrica e bem-estar social ou psicológico. Mais pesquisas são possíveis para compreender os impactos imediatos e de longo prazo da cesariana na saúde.

A OMS (2015), inspecionou também as taxas de cesárea nos hospitais e a necessidade de um sistema de classificação universal. Isso mostrou que atualmente não há uma classificação internacionalmente reconhecida para cesáreas, o que permite uma comparação significativa e útil das taxas entre diferentes hospitais, cidades e regiões. Dentre os vários sistemas existentes, a Classificação de Robson, que consiste em 10 grupos, é amplamente empregada em diversos países.

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde, revisou a forma sistemática de estudos que descreviam a experiência de profissionais que tinham utilizado a classificação de Robson. Nesta avaliação foram analisados os aspectos positivos e negativos relacionados à utilização, execução e compreensão desse sistema de classificação, tal como foram identificadas as dificuldades, os elementos facilitadores e as possíveis mudanças ou ajustes sugeridos pelos usuários desse sistema.

Em adição, a OMS (2015), sugere que a Classificação de Robson seja adotada universalmente como uma ferramenta padrão para analisar e comparar índices de cesarianas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais. A organização irá desenvolver e publicar um guia destinado a auxiliar os hospitais na implementação da Classificação de Robson, fornecendo orientações sobre sua utilização, aplicação e interpretação, além de padronizar os termos e definições.

Por conseguinte, é fundamental que os profissionais de saúde sempre aconselhem o parto normal, logo, é mais seguro e beneficia tanto a mãe quanto o neonato. Ademais, uma cesariana deve ser decidida por um médico e paciente. Ela deve saber que existem diferentes maneiras de lidar com a dor do nascimento e que fazer uma cesariana apenas para evitar o desconforto não é seguro. A parturiente deve saber que o parto vaginal após cesárea (PVAC) é seguro e recomendado para evitar complicações posteriores à cesárea (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

4.2.6. Posição litotômica ou ginecológica

A litotomia, conhecida como posição ginecológica, é comum em atos cirúrgicos e exames na região pélvica e inferior do abdômen, bem como durante a parturição. Nesta posição, a paciente está deitada de costas com os joelhos dobrados e posicionados acima dos quadris, separados por estribos. Durante o nascimento, a tal posição pode estreitar o canal do parto em até um terço, dificultando o TP para a parturiente. Cabe a enfermagem recomendar e orientar a gestante sobre as possíveis posições mais confortáveis como: posição lateral, cócoras, quatro apoios, sentada e de pé. Gestantes submetidas a práticas invasivas estando nesta posição podem sentir-se vulneráveis, sem conseguir observar a área em análise. (FIOCRUZ, 2023).

Quando a gestante se vê obrigada a ficar na posição de litotomia é vista como uma violação da autonomia e dignidade da parturiente, visto que, retira seu protagonismo e controle sobre o próprio corpo durante o processo do parto. Configura-se um desrespeito aos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da autonomia. Consequentemente, a posição litotômica é considerada uma forma de violência obstétrica que deve ser evitada, respeitando o direito da parturiente de escolher a posição que lhe for fisiologicamente mais confortável durante o TP (XAVIER, 2019).

A OMS (2018), recomenda que as gestantes sejam encorajadas a adotar posições verticalizadas durante o trabalho de parto, pois isso favorece a fisiologia do parto normal. Apesar disso, as estatísticas mostram que a posição litotômica segue sendo bastante utilizada, chegando a 46,4% dos partos vaginais, roubando o protagonismo da mulher no parto e interferindo de maneira determinante na fisiologia do nascimento normal. Do mesmo modo, reafirma que a VO, incluindo o uso rotineiro da litotomia, representa uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres. A organização orienta que os sistemas de saúde adotem medidas para eliminar todas as formas de abusos, desrespeito e maus-tratos durante a assistência ao nascer.

O ministério da Saúde (2016), destaca que existem ações simples que podem ser realizadas sem prejuízos para a saúde da mãe e da criança. Uma dica saudável é sugerir que a mulher grávida mude de posição durante o parto, aproveitando a gravidade para permitir a entrega livre, considerando que a postura vertical auxilia a gestante a se produzir de maneira adequada, auxilia na descida do bebê e permite que as gestantes encontrem uma posição confortável para lidar com as contrações.

O MS acrescenta, que andar durante o TP é uma maneira eficaz. Isso ajuda o aumento das dilatações a ocorrerem de forma mais suave, além do fato de que a gravidade sempre auxiliará na descida do feto pelo canal vaginal, então, o melhor é evitar a posição deitada de costas, ou seja, não obrigar a mulher a iniciar o processo de parto nessa posição. Para garantir um parto

confortável e favorável, é importante respeitar os processos fisiológicos do corpo da mulher e não realizar condutas supérfluas, tornando possível a saída do feto (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2016).

4.3. Fatores associados a violência obstétrica no Brasil

Entre os fatores associados a VO, a falta de conhecimento das gestantes sobre o tema VO é o principal deles, por essa razão, é um aspecto que merece destaque. Um experimento organizado por Silva (2023), no qual foram entrevistadas 50 mães, observou-se que (72%) nunca tinha ouvido falar desse termo. É preocupante observar que muitas delas não reconheçam os maus tratos que sofrem durante o processo de parto como violência obstétrica, em vista disso, não conseguem distinguir e denunciar a violência sofrida.

Adicionalmente, Silva (2023), reforça que a falta de acesso aos meios de comunicação e ao conhecimento são fatores de risco para a VO. A conscientização sobre direitos reprodutivos e as formas de VO é crucial. Um acompanhamento pré-natal de qualidade pode verificar problemas e orientar sobre o parto, mas mulheres pobres frequentemente não têm acesso a esses cuidados, resultando em complicações e procedimentos invasivos desnecessários. A falta de informação e de serviços de saúde de qualidade aumenta a vulnerabilidade dessas mães à VO.

As progenitoras não conseguem distinguir cuidados imprescindíveis de técnicas violentas, elas consideram VO recebida durante a gestação, parto e pós-parto como normal, a falta de esclarecimento e compreensão da evolução natural do nascimento é o principal fator relacionado a problemática, onde elas acreditam que as atividades realizadas estão inerentes ao processo de parir (MARTINS *et al.*, 2021).

A VO está ligada à falta de preparação das instituições, gerando ambientes desconfortáveis e desorganizados. A ausência de capacitação nas instituições é causa dessa violência, afetando a qualidade do serviço e o desempenho profissional. O governo brasileiro busca humanizar o parto, mas enfrenta desafios devido a restrições, excesso de trabalho e infraestrutura precária em ambientes de saúde (SOUZA *et al.*, 2016).

Além do mais, a VO também está relacionada ao estigma à discriminação, representando um dos maiores desafios na imparcialidade na saúde a nível mundial. Desigualdades raciais e minorias no acesso e tratamento das pacientes na saúde são herança histórica do racismo estrutural. O racismo implícito nas instituições de saúde resulta na maior incidência de mulheres negras vítimas de VO em relação às brancas, esse fator estabelece que 60% das mortes maternas sejam de mulheres pretas ou pardas. As causas de mortalidade materna nas clientes negras estão relacionadas à gestação e são cerca de 95% das vezes preveníveis. Por isso, o racismo está presente em diversas áreas, principalmente nos serviços de saúde (SILVA, 2022).

Finalmente, se faz necessário conceituar a proibição do acompanhante como um fator para a VO. Por essa razão, a Fiocruz (2024), aponta uma recomendação da OMS, (1985), preconizando que a parturiente tenha direito a um acompanhante, mas o que se percebe é que essa prática não é recorrente nos hospitais. Como um instrumento de comprovação desse direito, é editada a Lei nº8.080 de 1990 que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde. Essa lei foi alterada pela Lei nº 11.108/2005, que trouxe como garantia o direito da parturiente à presença do acompanhante durante o pré-natal, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Salientando que o acompanhante deve ser indicado pela mulher.

4.4. Impacto da violência obstétrica na vida da mulher

A Agressão obstétrica gera impactos na saúde física e emocional das mulheres, incluindo traumas psicológicos, dificuldades no vínculo mãe-neonato, perda da autonomia, danos na autoestima, comprometimento das relações pessoais e sexuais com seus parceiros, entre outros problemas.

Como exposto Batista *et al.*, (2024), a VO pode levar ao desenvolvimento de traumas psicológicos, dificuldades na formação do vínculo mãe-bebê e até mesmo complicações de saúde. Ressalta igualmente que, para combater essas intervenções agressivas, é necessário promover um atendimento humanizado e respeitoso, garantindo o consentimento informado, o respeito à autonomia da mulher, a comunicação efetiva, a participação ativa nas decisões e a criação de um ambiente seguro e acolhedor.

De maneira semelhante, Silva *et al.*, (2017), ao falar sobre os malefícios que a violência reprodutiva pode causar, enfatizam que a dor da violência durante a gravidez e o parto pode causar um distúrbio psicológico. Essas lesões podem ser vistas como medo de uma nova gravidez, devido a experiências negativas anteriores.

As autoras Rocha e Grisi (2017) analisaram em seus estudos a relação do parto e de transtornos psicológicos em um grupo de mulheres que tiveram um parto traumático, dentre elas 60% das participantes apresentaram sinais de estados depressivos no início do seu pós-parto.

Da Silva (2018), realizou uma pesquisa na qual foi coletado o depoimento de uma mãe, relatando o trauma físico e psicológico causado pela VO sofrida no uso do fórceps em seu parto. Ela enfrentou dor intensa, precisou de 11 pontos por lacerações na vulva e vagina e permaneceu deitada e dopada por três semanas. Sua filha sofreu lesões no rosto e couro cabeludo. Ademais, pontua que essa agressão é um dos maiores fatores de risco para depressão pós-parto, podendo levar a distúrbios como ansiedade, transtorno por estresse pós-traumático (TEPT), insônia e

problemas na autoestima, afetando a vida sexual e a relação mãe-filho, levando-a ao isolamento e frustração.

Com base na revisão de Pontes *et al.*, (2021), demonstrou-se que a episiotomia afeta a função intestinal, urinária e sexual das mulheres. Isso leva à insegurança e ao constrangimento em relação ao próprio corpo, principalmente em relação aos órgãos genitais. As mesmas temem a rejeição do parceiro e o pavor de não serem desejadas devido à cicatriz resultante da episiorrafia, além da dor sentida durante a relação sexual. Como também é uma das causas do vaginismo. Dessa forma, a ausência de orientação na sua execução pode resultar em dores duradouras e problemas sexuais.

A vulnerabilidade da mulher pode estar ligada à sua perda de autonomia durante a violência obstétrica, quando o domínio sobre suas decisões e seu corpo é retirado. A dificuldade em expressar-se ou opor-se a abusos não só mantém o ciclo de violência, mas também prejudica a autoestima e o empoderamento feminino, ressaltando a urgência de ações que promovam sua autonomia e assegurem um atendimento adequado. De modo semelhante, Dias e Pacheco (2020), destacam que as mulheres enfrentam desafios ao tentar responder rapidamente à violência que vivenciam, lidando com barreiras para sua defesa e permanecendo em uma situação de impotência completa.

Em conclusão, a promoção de uma abordagem mais humana e respeitosa pode vir a ser relevante para abordar a VO e melhorar a qualidade de vida dessas pacientes, bem como iniciativas que promovam a formação de profissionais de saúde e a criação de redes de apoio que possam ajuda-las a se sentirem mais seguras para expressar suas experiências, juntamente com a realização de campanhas de conscientização e apoio psicológico também podem ser utilizadas como meios para promover a autonomia feminina e contribuir para um ambiente mais acolhedor durante a gestação, parto e o pós-parto.

4.5. O papel do enfermeiro na promoção de um parto livre de violência

Cordeiro *et al.*, (2022), descreve que a função do enfermeiro obstetra é promover o parto livre, sem intervenções injustificadas, fortalecendo a confiança e as redes de cuidados entre as mães, seus familiares e profissionais de saúde. A enfermagem é uma das profissões que mais se aproxima da paciente durante a assistência e desta forma precisa ser compreendê-la por inteiro, tratando-o de modo sensível, recíproco e solícito, pois são essas ações que determinam a qualidade do cuidado. Em um específico momento de sua carreira, o profissional pode se ver diante de tal situação, obrigando-o a possuir conhecimento e habilidade para ofertar uma assistência humanizada a essas mulheres.

Durante o período de gestação, parto e pós-parto, é crucial que a mulher conte com o suporte de profissionais e serviços de saúde devidamente qualificados e comprometidos. Estes devem priorizar a fisiologia do nascer respeitando a gestação, o parto e a amamentação como processos naturais e fisiológicos do nascimento. A dor do parto, no Brasil, muitas vezes, é descrita como a dor da solidão, da humilhação e da agressão, com abordagens institucionais e de profissionais de saúde que criam ou reforçam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência da mulher e de seu corpo (CORDEIRO *et al.*, 2022).

Em conformidade com pesquisas realizadas por Leal *et al.*, (2019), foi observado que algumas enfermeiras obstétricas não veem as práticas intervencionistas de rotina como VO, tendo em vista que, acreditam que o profissional que acompanha as gestantes é quem possui o conhecimento para avaliar e decidir sobre a necessidade das condutas realizadas. Isso mostra como a assistência às parturientes pode ser deficiente devido à falta de conhecimento científico dos profissionais de saúde, que não compreendem condutas contraindicadas e violências praticadas contra a parturiente, enfraquecendo a fisiologia do parto.

Desta forma compreende-se que a formação desses profissionais é fundamental para prevenir e combater a VO. A OMS (2015), assinala também que o enfermeiro obstetra é o profissional mais capacitado para intervir nas situações de VO e fortalecer uma assistência digna no processo de parturição até o nascimento. Para prevenir a VO, os profissionais da saúde devem adotar medidas que respeitem a autonomia e a dignidade das parturientes. Isso inclui:

- Explicar procedimentos de forma clara;
- Evitar intervenções desnecessárias;
- Ouvir queixas e prestar assistência sem humilhações;
- Promover a escolha da condução do parto e a escolha da pessoa que possa acompanhá-la;
- Garantir local limpo, seguro e tranquilo;
- Investir no autoconhecimento e atualização.

Essas condutas são fundamentais para criar um ambiente acolhedor e respeitoso, onde a mulher seja a pessoa principal no processo do parto e nascer. Os estudos mostraram, que existem ações que diferem das propostas nacionais e internacionais para a parturição humanizado, em harmonia com o recomendado pela OMS.

As ocorrências de abusos obstétrico nas práticas atuais estão presentes de diferentes maneiras e momentos da assistência ao trabalho de parto, manifestadas através de agressões verbal, física, sexual, discriminatória, institucional e financeira. Os profissionais de saúde são formados em diferentes contextos e têm diferentes visões da assistência ao parto. Sendo assim,

deve-se rever a forma de ensinar, enfatizando a importância de um trabalho ético, respeitoso, humanizado e baseado em evidência (ZANARDO, 2017).

Desse modo, dentre as ações para garantir a segurança obstétrica, talvez seja necessário intensificar o foco nas metas de saúde internacional. As diferenças de saúde entre os países de baixa renda são críticas para o progresso rumo a uma maternidade segura. Visto isso, é preciso investir em capacitação profissional para incorporar novas técnicas de saúde baseadas em evidências e valorizar cada membro da equipe multidisciplinar. Por fim, além de focar nos aspectos relacionados aos profissionais, é essencial educar as mulheres sobre procedimentos naturais durante o nascimento, de modo que consigam identificar e combater a violência, denunciando-a e exigindo um atendimento humanizado e de qualidade.

5. CONCLUSÕES

Como resultado do presente estudo, identificou-se que o conceito de VO é definido pelo uso indevido do corpo e das práticas reprodutivas das mulheres por profissionais de saúde, incluindo tratamento desumano, uso abusivo de drogas e redução da autonomia da parturiente durante o parto, trazendo consequências negativas em sua qualidade de vida.

Apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS), entender o conceito de VO e mesmo havendo relatos de ocorrências dessas atividades desrespeitosas e abusivas no parto, não existe até o momento uma lei federal regulamentada no Código Penal Brasileiro, que torne essa violência um crime, mesmo sendo evidente a necessidade e a urgência de uma legislação exclusiva. Além disso, embora o Ministério Público tenha competência para atuar diretamente na proteção de direitos das mulheres em instituições de saúde, é necessário que a informação sobre a temática seja divulgada, para que mais mulheres se sintam encorajadas a denunciar as agressões sofridas.

Nesse contexto, é possível reconhecer a importância da atuação da enfermagem nas medidas para a proteção contra a VO. O conhecimento durante o pré-natal é importante para evitar os casos de abusos, logo, a gestante deverá entender seus direitos e lutar por eles, para que sejam respeitados. Dessa maneira, o enfermeiro é o principal responsável pela redução e identificação desses atos invasivos, devendo reconhecer as condutas indevidas, e implementar medidas de precaução, contribuindo para a construção do conhecimento e iniciativas mais eficazes para o enfrentamento da agressão obstétrica.

Dessa forma, a VO pode levar ao desenvolvimento de traumas psicológicos, dificuldades na formação do vínculo mãe-bebê, perda da autonomia, insegurança com o corpo, prejuízos no vínculo pessoal e sexual com seus parceiros e até mesmo complicações de saúde de curto e

longo prazo, como a depressão pós-parto, que tem como um dos fatores principais as agressões obstétricas.

Conclui-se, mediante a análise dos dados, que é necessário alertar mais as mulheres sobre o presente tema, pois muitas delas não têm conhecimento e acabam sofrendo VO sem saber. Sugere-se a ampliação de mais campanhas de prevenção e programas de capacitação profissional que sensibilizem e orientem os profissionais de enfermagem quanto ao cuidado humanizado durante o ciclo gravídico-puerperal, assim como a criação de uma lei específica que tipifique tal violência como um crime, podendo ajudar a minimizar os abusos e agressões ao longo da gestação.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, I.M. PIRES, T.A; RODRIGUES, M. D. Atuação do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, v. 24, p. e13634-e13634, 2024. Acesso em: 10 jul. 2024.
- BOHREN, M.A. *et al.* How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **Obstetric Anesthesia Digest**. V. 394, ISSUE 10210, P1750-1763, NOVEMBER 09, 2019. Acesso em: 15 jul. 2024.
- CORDEIRO, R.M; PINHEIRO LOPES, Giseldo; ABREU DO NASCIMENTO, Waleria; SOUZA MELO, Mayanne de Cassia; RODRIGUES DIAS, Nicole Sane; BRITO SOARES DE OLIVEIRA, Laice; FONSÊCA NOGUEIRA, Thaynnária Dielly. O PAPEL DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE QUE SOFRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: revisão narrativa. **Scientia Generalis**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 96–104, 2022. Disponível em: <http://www.scienciageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/431>. Acesso em: 23 jun. 2024.
- DIAS, S.L, PACHECO, A.O. Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**. Macapá, AP, 2020, v. 3, n. 1, p. 04-13. Acesso em: 10 out. 2024.
- DOS SANTOS, A. L. *et al.* Condutas assistenciais que caracterizam violência obstétrica no interior do Estado do Pará, Norte do Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 9381-9393, mai. /jun., 2022. Acesso em : 10 jun. 2024.
- ESTUMANO, V. K. C. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 7, n. 19, p. 83-91, 2017. Acesso em: 15 jul. 2024.
- FEBRASGO. Recomendações Febrasgo parte II - Episiotomia. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Febrasgo.org.br**. São Paulo, SP. Dez, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>> Acesso em: 11 jun. 2024.
- FIOCRUZ. 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. **O papel da episiotomia na obstetrícia moderna**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/o-papel-da-episiotomia-na-obstetricia-moderna/>>. Acesso em: 11 jun. 2024.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas. **Principais questões sobre posições para o parto**. 2023. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-posicoes-para-o-parto/>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

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: Violência Obstétrica: conceitos e evidências**. Rio de Janeiro, 24 ago. 2023. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/violencia-obstetrica-conceitos-e-evidencias/>>. Acesso em: 11 jun. 2024.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, N.8, p. 2811-2824, 2019. Acesso em: 25 ago. 2024.

LEAL, M. do C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, N.13, p. S17-S32, 2014. Acesso em: 05 mai. 2024.

LESSA, B.D.S. **A atuação do ministério público de santa catarina no enfrentamento da violência obstétrica: uma análise baseada nos direitos fundamentais das mulheres**. 2017. 72 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Direito) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Acesso em: 18 mai. 2024.

LIMA, G. A. F. D; LOPES, M. C. A. **Violência obstétrica: riscos do uso da manobra de kristeller durante o parto**. Orientador: Lídia Câmara Peres. 2019. 22f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos, Gama, DF. 2019. Acesso em: 11 jun. 2024.

LINHARES, A.B de L. Assistência de enfermagem às mulheres vítimas de violência obstétrica. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v.17, n.3, p. 01-19, 202, 2024. Acesso em: 24 ago. 2024.

MATOS, D. M. DE.; SILVA, L. G. da. **Fatores que influenciam a prática de violência obstétrica na atualidade**. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Enfermagem) – FACULDADE IRECÊ, Bahia. 2021. Acesso em: 11 jun. 2024.

MENEZES FR, Reis GM, Sales AAS, Jardim DMB, Lopes TC. **O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições**. Interface (Botucatu). 2020; 24: e180664 <https://doi.org/10.1590/Interface.180664>. Acesso em: 15 jul. 2024.

MORAIS, da S.; ANDRADE, L.N de; ARAUJO, A. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Crítica à criminalização, em detrimento da efetividade da responsabilização administrativa e cível. **Revista Acadêmica Online**, v. 10, n. 50, p. 1-20, 2024. Acesso em: 12 jun. 2024.

MOURA, V. de A; FEITOSA, F. E. de L. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. **Revista de Medicina da UFC**, Ceará. V. 57, N. 1. 25 abr. 2017. Acesso: em 23 jun. 2024.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. **Relatório de Recomendação**. Brasília, DF. 2015. CONITEC. n.179, 106 p. Acesso em: 15 set. 2024.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. Brasília, DF. 2017. 53 p. Acesso em: 08 jun. 2024.

NASCIMENTO, Emiliani. **JUSBRASIL**. (2018). Os direitos da mulher no pré-natal, parto e puerpério. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/os-direitos-da-mulher-no-pre-natal-parto-e-puerperio/615408737>>. Acesso em: 14 de mai. 2024.

NASCIMENTO, F.P; BARBOSA, L.A; MARCOLINO, E. D. C. Ações do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica. **Revista de trabalhos acadêmicos—universo belo horizonte**, v. 1, n. 5, 2021. Acesso em: 24 de jul. 2024.

NASCIMENTO, S.L.D *et al.* Conocimiento y vivencias de violencia obstetrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto. **Enfermería Actual de Costa Rica**, n. 37, p. 66-79, Julio/Diciembre 2019. Acesso em: 15 set. 2024.

NUCCI, M., NAKANO, A. R., & TEIXEIRA, L. A. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, V.25, N. 4, 979–998. 2018. Acesso em: 18 de set. 2024.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, Suíça. 2015. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 14 de jun. 2024.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Intrapartum care for a positive childbirth experience. **Geneva: World Health Organization**, v. 150, 2018. Acesso em: 18 set. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **A prevenção e eliminação do desrespeito e do abuso durante o parto em instalações: declaração da OMS** . Organização Mundial da Saúde, 2014. Acesso em: 05 de mai. 2024.

Pontes BF, Quietie JB, Oliveira DM, Goulart MCL, Regazzi ICR, Knupp VMAO. **Repercussões físicas e psicológicas na vida de mulheres que sofreram violência obstétrica**. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):443-450. Acesso em: 27 set. 2024.

ROCHA, M.; GRISI, E. **Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciam essa realidade**. Id on Line Rev Mult Psic. v. 11, n. 38, 2017. Disponível em: < <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931/1304>>. Acesso em: 08 de out. 2024.

ROHDE, A.M. B. **A outra dor do parto: gênero, relações de poder e violência obstétrica na assistência hospitalar ao parto**. 2016. Dissertação (Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres, As Mulheres na Sociedade e na Cultura) - Faculdade de ciências sociais e humanas, Universidade Nova de Lisboa, Portugal. 2016. Acesso em: 18 de jun. 2024.

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Nota de repúdio à fala do Secretário da Atenção Primária no lançamento da nova Caderneta para gestantes do Governo Federal**. Rio de Janeiro, RJ: SBMFC, 2022. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/nota-de-repudio-a-fala-do-secretario-da-atencao-primaria-no-lancamento-da-nova-caderneta-para-gestantes-do-governo-federal/>>. Acesso em: 14 jun. 2024.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 60, p. 209–220, 3 nov. 2016. Acesso em: 01 set. 2024.

SILVA, A. L. F. da. **Prevalência e fatores associados à violência obstétrica: uma revisão de escopo**. 2023. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Fisioterapia) - Universidade federal de Pernambuco, Recife, 2023. Acesso em: 25 jul. 2024.

SILVA, Ana Carla de Melo. **A hodierna caracterização da violência obstétrica no Brasil sob a ótica das responsabilidades civil e penal**. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Acesso em: 26 out. 2024.

SILVA, G. R. da. **Tipos de violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher no Brasil**. 2022. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2017. Acesso em: 20 set. 2024.

SILVA, J. M. Violência obstétrica: racismo estrutural e patriarcalismo como fatores que invisibilizam o sofrimento de mulheres negras. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.5, n.4, p. 13313-13333, jul./ago., 2022. Acesso em : 26 de jun. 2024.

SILVA, MG DA *et al.* Violência obstétrica segundo enfermeiras obstétricas. **Rev René**, São Paulo, v. 15, n.4, 20 ago., 2014. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUZA, A.B de *et al.* Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas.**, Campinas - SP, v. 25, n.3, p.115–128, dez. 2016. Acesso em: 26 jul. 2024.

VARELLA, Patrícia. **O que é episiotomia?** Disponível em: <<https://drapatriciavarella.com.br/blog/o-que-e-episiotomia/>>. 2021. Acesso em: 12 jun. 2024.

XAVIER, Camila. Violência Obstétrica: Entenda o que é e quais são os direitos da mulher gestante e parturiente. **Jusbrasil**. 2019. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/artigos/violencia-obstetrica/786938640>>. Acesso em: 12 jun. 2024.

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. **Psicologia & Sociedade**, 29: e155043. Acesso em: 05 mai. 2024.