

## A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA AS MULHERES

Cristiane Aparecida Caruncho Carnaval<sup>1</sup>  
Tainá Helen da Silva<sup>2</sup>

**RESUMO:** **Introdução:** A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e incluir inúmeras ações de violência durante a prática obstétrica profissional. Agrupa maus tratos físicos, psicológicos, e verbais, perpetrados contra a mulher nos períodos do parto. São constantes os relatos sobre maus-tratos sofridos pelas mulheres, não só durante o parto, mas em todo o processo da gestação, parto e puerpério que violam a dignidade e respeito a elas. O enfermeiro deve conhecer as variadas formas de violência obstétrica, identificar os princípios bioéticos que são negligenciados e a violação dos direitos das mulheres, visando uma assistência humanizada à mulher no pré-parto e parto. **Objetivos:** investigar as condutas que se constituem violência obstétrica e suas consequências para mulher que a vivenciou. **Material e Métodos:** foi realizada uma revisão bibliográfica, investigando artigos científicos publicados no período de 2010 a 2020 nas bases de dados da BVS: Scielo, Lilacs, no BTD e materiais de sites governamentais com os descritores violência obstétrica and assistência ao parto and parto humanizado. **Resultados e Discussões:** são consideradas condutas que se constituem VO a Episiotomia sem indicação, Manobra de Kristeller, Direito do Acompanhante Negado, Tricotomia de Rotina, Enema de Rotina, Jejum, Amniotomia, Ocitocina Sintética de Rotina e Violência Verbal e Psicológica. As consequências da VO foram discutidas nas categorias Episiotomia sem indicação, Manobra de Kristeller, Direito do Acompanhante Negado, Tricotomia de Rotina, Enema de Rotina, Jejum, Amniotomia, Ocitocina Sintética de Rotina e Violência Verbal e Psicológica. **Considerações Finais:** É necessário que o profissional da enfermagem reconheça as variadas formas de violência obstétrica, reflita sobre as consequências para a mulher, identifique os princípios bioéticos que são negligenciados e a constante violação dos direitos destas mulheres. É possível, assim, promover uma assistência centrada na mulher e não no médico, garantindo que a parturiente seja atendida de forma humanizada. 850

**Descritores:** Violência; Obstétrica. Assistência ao parto. Parto Humanizado;

**ABSTRACT: Introduction:** The expression “obstetric violence” (VO) is used to describe and include numerous actions of violence during professional obstetric practice. It groups physical, psychological, and verbal abuse, perpetrated against women during childbirth. There are constant reports of mistreatment suffered by women, not only during childbirth, but throughout the process of pregnancy, childbirth and the puerperium that violate their dignity and respect. The nurse must know the various forms of obstetric violence, identify the bioethical principles that are neglected and the violation of women's rights, aiming at a humanized assistance to women in the pre-delivery and delivery. **Objectives:** to investigate the behaviors that constitute

<sup>1</sup> Graduada em enfermagem pelo Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista— Campus Tatuapé.

<sup>2</sup> Graduada em enfermagem pelo Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Paulista — Campus Tatuapé.

obstetric violence and its consequences for the woman who experienced it. **Material and Methods:** a bibliographic review was carried out, investigating scientific articles published from 2010 to 2020 in the VHL databases: Scielo, Lilacs, in the BTD and materials from government websites with the descriptors obstetric violence and assistance to childbirth and humanized childbirth. **Results and Discussions:** Conducts that constitute VO to Episiotomy without indication, Kristeller Maneuver, Escort Right Denied, Routine Trichotomy, Routine Enema, Fasting, Amniotomy, Synthetic Oxytocin of Routine and Verbal and Psychological Violence are considered conducts that constitute VO. The consequences of VO were discussed in the categories Episiotomy without indication, Kristeller Maneuver, Right of Companion Denied, Routine Trichotomy, Routine Enema, Fasting, Amniotomy, Routine Synthetic Oxytocin and Verbal and Psychological Violence. **Final Considerations:** It is necessary that the professional nursing professionals recognize the various forms of obstetric violence, reflect on the consequences for women, identify the bioethical principles that are neglected and the constant violation of the rights of these women. It is possible, therefore, to promote assistance centered on the woman and not on the doctor, ensuring that the parturient is cared for in a humanized way.

**Descriptors:** Violence. Obstetric. Delivery assistance. Humanized birth.

## 1 INTRODUÇÃO

A mulher se sente mãe, desde o primeiro momento em que descobre a gravidez e o parto. 851  
É uma situação que transforma a vida da mulher, cheio de significados singulares e cultural da parturiente.

O parto nem sempre foi um procedimento médico, pois, há alguns anos, os nascimentos aconteciam no domicílio da parturiente, no qual se dispunha de uma parteira de sua confiança. Diante desse fato, a mulher ficava mais confortável em expressar livremente seus sentimentos e anseios por estar em um ambiente afetoso do seio familiar<sup>1</sup>.

Devido ao avanço da medicina, várias modificações ocorreram nos cuidados prestados à gestante durante o processo do parto, tornando-o, infelizmente, num evento hospitalocêntrico e medicamentoso<sup>2</sup>.

Este cenário precisa ser transformado pelos profissionais responsáveis pela assistência obstétrica. Neste sentido<sup>3</sup>, acreditam que o cuidado que uma mulher recebe durante o parto, assim como a qualidade da experiência para ela e o acompanhamento, por um membro da família ou por uma doula (pessoa treinada para este papel), pode incluir o apoio emocional (presença contínua, encorajamento), informações sobre o progresso no trabalho e sobre técnicas para lidar com o momento, medidas de conforto (como toque, massagem, banho quente de aspersão ou

imersão, ajuda para manter-se hidratada ou ir ao banheiro). As teorias que tentam explicar os efeitos do apoio contínuo sobre os resultados do parto, utilizam a hipótese de que este apoio aperfeiçoa a fisiologia do parto e os sentimentos de controle e competência das mulheres, reduzindo a dependência de intervenções médicas.

Visando aumentar a qualidade da assistência, tem se medicalizado o parto utilizando em larga escala procedimentos considerados inadequados e desnecessários que, muitas vezes, podem colocar em risco a saúde e vida da mãe e do bebê, sem adequada avaliação de sua segurança e sem base em evidências científicas. Estas ações intervencionistas e, muitas vezes desnecessárias, têm ocasionado a insatisfação das mulheres, que são relegadas a coadjuvantes nos processos de parto e nascimento<sup>4</sup>

O momento do parto para a mulher é considerado um marco em sua vida, caracterizado por uma manifestação de sentimentos tendo em vista a chegada de um novo membro na família. Contudo<sup>5</sup>, consideram que as situações de violência durante a parturição são muito presentes, transformando o que poderia ser uma experiência prazerosa e única em uma lembrança traumática e dolorosa.

A violência obstétrica é uma situação que já faz parte de muitos partos no Brasil de forma que uma em cada quatro mulheres declaram já ter sofrido violência no parto. De acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, este problema corresponde a 25% das brasileiras que são atendidas nas redes públicas e privada<sup>6</sup>.

A expressão violência obstétrica<sup>7</sup>, é empregada para descrever e classificar inúmeras formas de violência e danos na assistência obstétrica profissional. Embora seja muito comum serem feitos procedimentos desnecessários e danosos na atenção obstétrica.

O conceito internacional de violência no parto o define como qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu filho recém-nascido, praticado sem o seu consentimento, faltando com desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências<sup>8</sup>

Considera-se como violência obstétrica desde demoras na assistência, recusa de internações nos serviços de saúde, cuidado negligente, recusa na administração de analgésicos, maus tratos físicos, verbais e ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, detenção de mulheres e seus bebês

nas instituições de saúde, entre outros<sup>5,6</sup>. Abrange a não utilização de procedimentos recomendados, assim como a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou obsoletos e que podem causar dano. Procedimentos não justificados podem gerar consequências e iatrogenias, com efeitos evitáveis sobre a saúde da mulher e a do bebê, como a distorcia no parto, hemorragias e hipóxia neonatal, além da insatisfação da mulher e a depressão pós-parto<sup>9</sup>

Existem inúmeras intervenções praticadas pelos profissionais especializados em assistência obstétrica que podem desvalorizar e até mesmo prejudicar o momento tão importante que é o processo de nascer.

Foi desenvolvido o Programa Maternidade Segura, como estratégia para o enfrentamento desta realidade brasileira. Este programa tem como objetivo respeitar a dignidade humana, os sentimentos, as escolhas e preferências de todas as mulheres. O programa maternidade segura é muito mais que só a prevenção de mortes e morbidades, é também um tratamento com um olhar holístico sobre as mulheres, abrangendo todo o biopsicossocial feminino<sup>10</sup>.

Os cuidados obstétricos antes, durante e após o parto, deve ser direcionado sabendo que toda mulher, em seu âmbito gravídico, tem o direito legal a receber um tratamento livre de danos e maus-tratos, tem como direito absoluto obter informações, consentimentos esclarecidos com possibilidade de recusa e principalmente garantia de respeito às suas escolhas e preferências, incluindo acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica, privacidade e sigilo, principalmente ser tratadas com dignidade e respeito, bem como receber tratamento igual, livre de discriminação, receber cuidados profissionais qualificados, ter acesso ao serviço de saúde de qualidade com liberdade, autonomia, e não coerção<sup>11</sup>

Realizou-se<sup>12</sup> um estudo que evidenciou vários aspectos que podem ser interpretados como motivos de violência na atenção à mulher gestante, parturiente ou puérpera, como a baixa motivação dos profissionais que atendem estas mulheres, organização dos serviços de saúde e violência comportamental. No Brasil, a pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados verificou-se que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Na pesquisa nascer no Brasil, inquérito nacional realizado com 23.940 puérperas, identificou-se excesso de intervenções no parto e nascimento, apontando um

modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, expondo mulheres e crianças<sup>9</sup>

Consideram-se que a sobrecarga de demandas, as condições estruturais e a precariedade de recursos materiais e humanos são apontadas como dificuldades enfrentadas cotidianamente e que têm como consequências desde a falta de anestesistas de plantão para realizar analgesias no parto até a proibição de acompanhantes homens na sala de pré-parto por falta de espaço físico<sup>13</sup>

A violência obstétrica é uma realidade no cotidiano de muitos profissionais que não possuem a percepção de cometê-la. E, além disso, muitos profissionais acham que são os colegas que realizam o ato de violência contra a parturiente, definindo o ato como desumano, mas não interferem na conduta<sup>13</sup>

Para compreender melhor este tema, faz-se necessário um aprofundamento sobre a humanização do parto e a violência obstétrica.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1.1 Humanização do Parto e Nascimento

854

O Ministério da Saúde, com o intuito de discutir e avaliar as práticas de assistência ao parto e nascimento, desenvolveu ações de saúde instituídas no ano de 2000, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e, em 2011, a Rede Cegonha. O objetivo foi garantir a melhoria no acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, com atenção humanizada à mulher e à criança<sup>14</sup>.

O enfermeiro é respaldado pela Lei do exercício profissional n. 7.498 de 25 de junho de 1986 para atuar diretamente no cuidado à mulher em trabalho de parto e parto<sup>15</sup>. Dessa forma, é necessário que o profissional de enfermagem forneça assistência pautada no cuidado integral, humanizado e na redução de práticas desnecessárias no contexto do parto e nascimento, com o intuito de prevenir a violência obstétrica<sup>15</sup>

No final da década de 1990 o tema da humanização na atenção foi incorporado aos programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde do Brasil. No ano de 2003, destacou-se a implantação da Política Nacional de Humanização, na qual humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS constituiu ferramenta para qualificar as práticas de saúde<sup>16</sup>.

Em 1996, a WHO (*World Health Organization*) publicou um guia prático com as recomendações para implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. As rotinas de assistência ao parto e nascimentos propostos são classificadas em quatro categorias. Na primeira, descreve práticas que deveriam ser estimuladas, em virtude da sua utilidade e respeito à parturiente; na segunda, estão aquelas que deveriam ser eliminadas, por seu caráter danoso ou ineficaz; na terceira, mostra condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; e, na última, lista procedimentos usados regularmente, porém de maneira inapropriada<sup>16</sup>

A primeira categoria, denominada de categoria A, enumeram-se vinte e duas práticas classificadas como claramente úteis e que devem ser utilizadas na atenção obstétrica. Baseado nesta categoria, o Ministério da Saúde do Brasil implantou, no ano 2000, o "Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento" que objetiva ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, humanizar a assistência, garantir a qualidade da atenção, incentivar o parto vaginal e, desta forma, reduzir os coeficientes de mortalidade materna no país. O programa repassa incentivos financeiros a municípios e maternidades que ofereçam, em sua rede de serviços, atenção sistematizada em protocolos e de qualidade no pré-natal, parto e puerpério<sup>16</sup>.

855

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), foi instituído pelo Ministério da Saúde em 1 de junho de 2000 (Portaria 569, publicada no Diário Oficial da União em oito de junho de 2000) e constitui-se numa resposta às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Com mais esta iniciativa o Ministério da Saúde busca a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Ainda neste mesmo sentido, busca potencializar e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco<sup>17</sup>.

O parto humanizado deve ser conduzido com foco ao direito da parturiente de selecionar e contar com um acompanhante durante todo o processo, bem como após o nascimento, para que este permaneça ao seu lado e lhe auxilie no controle do medo, já que esta parturiente se encontra preocupada e sente-se sozinha quando não pode contar com um acompanhante de sua escolha e, assim, a sensação de dor pode se tornar ainda mais intensa<sup>18</sup>. No decorrer do parto humanizado,

é direito da mulher andar, movimentar-se caso considere possível e apropriado, além de ser a obrigação dos profissionais de saúde indicar as possíveis posições de parto, permitindo-lhe selecionar em qual delas deseja conduzir o nascimento de seu filho, sentindo-se mais valorizada e com o poder de decisão sobre seu corpo<sup>18</sup>

É importante ter em mente que durante a gestação e logo depois dela, durante o puerpério, a mulher enfrenta diferentes sentimentos e conflitos emocionais que, associados à mudança em seu corpo, fatores psicológicos e hormonais, podem torná-la vulnerável e mais sensível do que ocorre de forma normal<sup>16</sup>

Surge, assim, o intuito de proceder à humanização do parto, ou seja, a humanização deste momento que apresenta grandes dificuldades para a parturiente, porém, significa um novo momento em sua vida e na vida de toda a família. Por humanização do parto cita-se uma ação que visa o bem-estar das mulheres atendidas, instituída como um direito em todo o país, sem exceções, pois a humanização da saúde trata-se de uma política estabelecida pelo Ministério da Saúde com o intuito maior de converter os momentos de sofrimento nas instituições de saúde em momentos de apoio, atenção, carinho e respeito<sup>17</sup>.

### 1.1.2 Violência Obstétrica

Há alguns anos o nascimento do bebê era exercido por parteiras, pessoa conhecida da família, no próprio espaço domiciliar da parturiente, na companhia da família e de pessoas de confiança em que a parturiente se sentisse confortável e acolhida. Desta forma, um evento natural no âmbito familiar, no qual eram desempenhados todos os esforços para que este momento único e peculiar fosse de conforto e alegria<sup>15</sup>.

Entretanto, os anos se passaram e o parto se tornou um comércio institucionalizado e medicamentoso e o saber médico se tornou predominante. A partir da Segunda Guerra Mundial a institucionalização do parto cresceu nos anos quarenta, diante desse fato no final do século cerca de 90% dos partos era realizado nos hospitais; olhando para este prisma não poderia ter sido diferente com as práticas mecanizadas, fragmentadas, desumanas, com intervenções desnecessárias, ou até mesmo sem nenhum embasamento científico, o que acarretou uma perda de autonomia da mulher no momento do parto e um estereótipo em que a mulher não pode

indagar, perguntar, ou se manifestar durante o trabalho de parto. Nos últimos anos, dados apontam que 98 % dos nascimentos que ocorrem no Brasil são em instituições de saúde<sup>19</sup>

A violência obstétrica é considerada como uma invasão do corpo feminino pelos profissionais de *saúde*, no processo do pré-parto, parto e pós-parto, por meio de práticas desumanizadas, inadvertência na assistência, utilização de procedimentos dolorosos ou constrangedores, sem o consentimento da mãe, bem como violência verbal e psicológica, o que implica na autonomia e saúde da mulher<sup>15</sup>.

De acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, realizada em 2010, 25% das mulheres brasileiras sofrem violência no parto<sup>20</sup>. E segundo a pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, uma em cada quatro mulheres sofrem violência no parto e as cesarianas atingem uma taxa de 53,7%<sup>21</sup>

Nos países desenvolvidos, a média de sete mortes maternas, com variação de quatro a quatorze, para cada 100 mil nascidos vivos, contrasta com as registradas no Brasil, que contabilizou, no ano de 2007, 77 mortes para cada 100 mil nascimentos. Esta taxa posiciona o país como 29º colocado nos números absolutos mais altos de mortes maternas. No Brasil, uma em cada 370 brasileiras corre o risco de morrer devido a complicações na gravidez ou no parto<sup>22</sup> 857

A taxa abusiva de parto cesáreo no país desde a década de 1980 constitui um motivo de complicações no parto e é um dos principais exemplos do modelo assistencial excessivamente intervencionista. O parto cesáreo representa 80% dos partos realizados via planos privados de saúde e 26% no sistema público, o que equivale a uma taxa média de cesarianas de 40%. Esta situação coloca o país como líder mundial em frequência de cesáreas<sup>23</sup>.

A cada cesariana desnecessária significa um risco maior de complicações, como infecção, hemorragia e complicações anestésicas, as quais contribuem com o aumento das taxas de mortalidade materna. Para a criança, o risco principal refere-se aos problemas respiratórios advindos da prematuridade, geralmente associados com a retirada antecipada do concepto antes da maturidade pulmonar plena. Além disso, o excesso de procedimentos cirúrgicos, internações e tratamentos de complicações representam o desperdício de milhões de reais por ano no Sistema Único de Saúde (SUS). Estudos mostram que o parto cesariano custa, em geral, de duas a três vezes o valor do parto normal<sup>22</sup>.



Portanto, grande parte das mortes maternas poderia ser evitada mediante a redução das taxas de cesarianas, com a melhoria na qualidade da atenção obstétrica nos serviços de saúde, no incentivo ao parto vaginal e, principalmente, com a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde.

### 1.2 Problema da pesquisa

Verifica-se, na literatura, que o parto humanizado preconizado pelo Ministério da Saúde para prestar um atendimento humanizado à gestante, parturiente e puérpera tem sido relegado a segundo plano por muitos profissionais responsáveis pela assistência obstétrica, médicos e enfermeiros obstetras<sup>1,15,14</sup>

A relação entre a elevada taxa de mortalidade materna e perinatal e a baixa qualidade de atenção obstétrica é um ponto preocupante a ser considerado<sup>21,22</sup>.

Neste contexto, questionamos que tipos de condutas são considerados violências obstétricas, muitas vezes não percebidas e reconhecidas pelo profissional que assiste a parturiente como tal. E qual seria a consequência da violência obstétrica para o momento atual e para a vida futura destas mulheres. 858

A discussão sobre a Violência Obstétrica ainda é pouco presente na sociedade. É evidente que a realidade social das gestantes tende a camuflá-la, sendo assim, a falta de conhecimento e a fragilidade imposta pelo momento facilita o risco e a vulnerabilidade sofrida por essas mulheres no pré-parto e no momento do parto.

Diante do exposto até o momento, estabelecemos como pergunta de pesquisa “Quais são os procedimentos que se constituem violência obstétrica?” e “Quais são as consequências da violência obstétrica para as mulheres que a vivenciam”?

### 1.3 Justificativa do estudo

Este estudo é relevante na medida em que o conhecimento adquirido pode subsidiar a reflexão destes profissionais que atendem as parturientes quanto à sua atuação, humanizada ou não, e a sua responsabilidade frente às repercussões de suas condutas escolhidas na vida futura desta mulher.

## 1.4 Hipóteses

A violência obstétrica pode se manifestar por meio da negação à presença do acompanhante de livre escolha no momento do parto; uso frequente de ocitocina sintética para acelerar o trabalho de parto; realização de episiotomia sem consentimento da mulher e manobra de Kristeller, violência verbal como falas grosseiras, desrespeitosas e vexatórias, constituindo-se eventos que poderiam acarretar danos permanentes de ordem física, mental e emocional, violência verbal e psicológica entre outras.

As consequências para as mulheres que vivenciam uma violência obstétrica podem ser nos âmbitos psicoemocional, como a ansiedade devido a ameaças, discurso autoritário e hostil; físico, como dor e infecções devido à realização de toques vaginais repetitivos e uso rotineiro de episiotomia.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Investigar o cenário da violência obstétrica nos períodos pré-parto e parto e suas consequências para as mulheres.

### 2.2 Objetivos Específicos

Identificar, na literatura, as condutas que se constituem violência obstétrica nos períodos pré-parto e parto;

Descrever as consequências da violência obstétrica para as mulheres.

## 3 MATERIAL E MÉTODOS

### 3.1 Método da pesquisa

Foi desenvolvida uma pesquisa de revisão bibliográfica, do tipo descritiva em relação à suas demonstrações, objetivos e métodos.

### 3.2 Materiais, fontes de pesquisa e descritores utilizados

Para a condução da pesquisa, foram utilizados materiais como artigos publicados em revistas científicas, teses de doutorado e dissertações de mestrado e materiais de sites oficiais governamentais (Ministério da Saúde).

Foram realizadas buscas eletrônicas nas seguintes fontes: bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library Online), disponíveis no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)- Brasil; no Banco Brasileiro de Teses e Dissertações (BTD) e em sites oficiais governamentais.

Para a busca foram empregados os seguintes descritores em Ciências da Saúde (DeCs): Violência Obstétrica, Parto Humanizado, Assistência ao Parto. Sendo aplicado o cruzamento dos DeCs pelo operador Booleano AND, filtrado por texto disponível e completo, em idioma português, no período de 2010 a 2020, com tipo de documento artigo.

### 3.3 Critérios de inclusão e exclusão dos materiais

#### Critérios de inclusão

- ✓ Artigos de periódicos disponíveis na íntegra;
- ✓ Artigos publicados na língua portuguesa;
- ✓ Artigos publicados entre os anos 2010 a 2020;
- ✓ Artigos que respondiam à pergunta norteadora.

#### Critérios de exclusão

- ✓ Artigos duplicados nas bases de dados, os quais foram considerados apenas uma única entrada;
- ✓ Artigos publicados em outra língua que não seja a língua portuguesa;
- ✓ Artigos publicados fora do recorte temporal estabelecido;
- ✓ Artigos não disponíveis na íntegra;
- ✓ Artigos que não respondiam à pergunta norteadora;

### 3.4 Coleta de dados

Para a elaboração da presente revisão bibliográfica, as seguintes etapas foram percorridas: definição da questão norteadora (problema) e objetivos da pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações (seleção da amostra); busca na literatura

Para guiar a pesquisa, formulou-se as seguintes questões: O que a literatura científica aborda sobre os procedimentos que se constituem violência obstétrica? e quais são as consequências da violência obstétrica para as mulheres?

Foram encontrados (n= 2.987) artigos nas bases de dados, realizando os cruzamentos dos descritores com o operador booleano “AND”: violência obstétrica AND assistência ao parto AND parto humanizado AND consequências. Após aplicação dos critérios estabelecidos, ficaram (n=173) artigos no total, sendo (n=37) no Banco Brasileiro de Teses e dissertações (BTD), (n= 82) na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), (n= 54) na Scientific Electronic Library On-line (SCIELO). Após a primeira análise, foram excluídos (n= 2.814) e selecionado (n= 173).

Foi selecionado, também, um conteúdo do site do Ministério da Saúde, relacionado ao parto humanizado.

Nesta etapa, foi realizada uma leitura criteriosa dos títulos e resumos a fim de verificar a adequação ao conteúdo investigado. Foram selecionados (n=51) artigos.

Após leitura na íntegra deste material, foram excluídos (n=36) e incluídos (n=26) artigos que fizeram parte dos resultados deste estudo. 861

Estes dados foram apresentados por meio de um organograma (Quadro 1), que demonstra como foi realizada a busca dos resultados desta pesquisa em forma numérica e seu processo de exclusão.

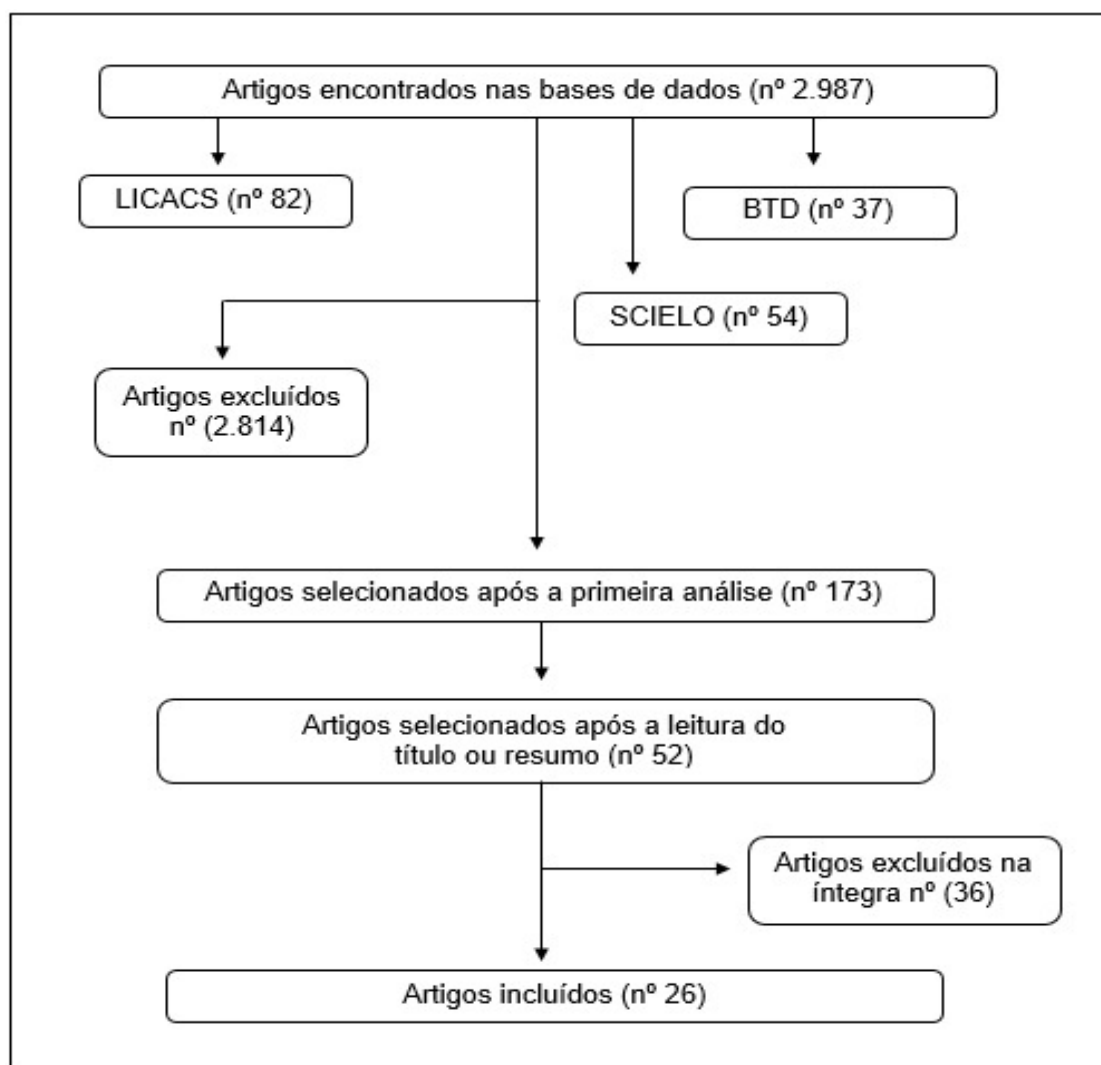
### 3.5 Análise de dados

Foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, com o objetivo de organizar e sintetizar as informações de maneira clara, formando assim um banco de dados de fácil acesso. Os artigos foram organizados em quadros contendo as seguintes informações: ano de publicação, título, o autor, revista, nome do artigo e as respostas às questões norteadoras: condutas que se constituem violência obstétrica e as consequências da VO para as mulheres que a vivenciaram.

Nesta fase, foi realizada uma leitura criteriosa e análise minuciosa dos estudos selecionados, buscando as respostas às questões da pesquisa. Os dados evidenciados na análise

dos artigos foram comparados e identificadas as similaridades de conteúdo, constituindo as categorias de análise estabelecidas pelas pesquisadoras.

**Quadro 1.** Quadro sinótico do processo de seleção dos materiais identificados nas bases de dados LiLACS, SciELO e BTd.



Fonte: Caruncho, Cristiane; Silva, Taina, Unip, SP. 2021.

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados foram discutidos utilizando-se 26 artigos, identificados na literatura nacional e publicada entre 2010-2020.

As Condutas que se constituem violência obstétrica nos períodos pré-parto e parto foram discutidas nas categorias: Manobra de Kristeller, Direito do Acompanhante Negado, Episiotomia sem Indicação, Tricotomia de Rotina, Enema de Rotina, Jejum, Amniotomia, Ocitocina Sintética de Rotina, Violência Verbal e Psicológica.

As Consequências da violência obstétrica para a mulher foram apresentadas nas categorias: Manobra de Kristeller, Direito do Acompanhante Negado, Episiotomia sem Indicação, Tricotomia de Rotina, Enema de Rotina, Jejum, Amniotomia, Ocitocina Sintética de Rotina, Violência Verbal e Psicológica.

#### 4.1 Condutas que se constituem violência obstétrica nos períodos pré-parto e parto

Foram utilizados 16 artigos para a discussão destas categorias, apresentados no Quadro 2, abaixo.

**Quadro 2** – Condutas que se constituem Violência Obstétrica (VO), segundo a literatura publicada no período de 2010 a 2020. São Paulo, 2020.

Ano	Título	Autor	Revista	Condutas que se constituem VO
2020	Violência obstétrica e os cuidados de enfermagem: Reflexões a partir da literatura.	Castro, AT; Rocha, SP.	Enfermagem em foco	Direito de acompanhante negado (p. 179); Violência verbal e Psicológica (p. 177 e 179) Manobra de Kristeller (p. 179); Episiotomia (p. 179-180); Tricotomia (p. 179); Enema (p. 179); Ocitocina sintética (p. 179)
2020	Ocitocina Sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões.	Santos, KL; Farias, CR; Cavalcante, JS; Duarte, AP; Amorim, ES.	Diversitas Journal	Ocitocina Sintética (p. 1789)

2018	Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto	Brandt, GP; Souza, SJ; Migoto, MT; Weigert, SP.	Gestão & Saúde	Violência verbal e Psicológica (p. 9 e 27) Amniotomia (p. 2 e 7); Episiotomia (p. 2, 7 e 8); Manobra de kristeler (p. 2 e 7); Ocitocina Sintética (p. 26)
2017	O descumprimento da lei do acompanhante como agravo a saúde obstétrica	Rodrigues, DP; Alves, VH; Penna, LH; Pereira, AV; Branco, MB; Mattos, RP.	Texto & Contexto - Enfermagem	Direito de acompanhante negado (p. 3); Manobra de Kristeller (p. 81); Episiotomia (p. 81); Tricotomia (p. 81); Enema (p. 81); Jejum (p. 81); Amniotomia (p. 81, 82); Ocitocina sintética (p. 80, 81, 82). Episiotomia (p. 4);
2017	Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa	Zanardo, GL; Uribe, MC; Ramos, AH; Habigzang, LF.	Psicologia & Sociedade	Manobra de Kristeller (p. 2); Amniotomia (p. 2); Direito de acompanhante negado (p. 2, 3, 5); Tricotomia (p. 4); Enema (p. 5); Ocitocina sintética (p. 2, 7); Violência verbal e psicológica (p. 5).
2017	Humanização do parto: Significado e percepções de enfermeiras	POSSATI, AB; Prates, AL; Cremonese, L; Scarton, J; SANTOS, CN; Ressel, LB.	Escola Anna Nery	Enema (p. 4) Tricotomia (p. 4)

2016	Violência Obstétrica: percepções acerca do parto normal	Medeiros, NCM; Martins, EN; Camboim, FE; Lima, MN.	Temas em Saúde	Jejum (p. 522)
2016	Assistência no trabalho de parto e em mulheres de risco habitual: revisão narrativa	Medeiros, MQ; Mesquita, DR; Leite, VM; Pereira, JG, Carvalho, FH.	Revista de Medicina da UFC	Amniotomia (p.49); Direito de acompanhante negado (p. 49); Episiotomia (p. 48, 49); Ocitocina sintética (p. 49); Jejum (p. 49).
2016	Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana	Pereira, JS; Silva, JC; Borges, NA; Ribeiro, MM; Aurek, LJ; Souza, JH.	Repositório Institucional da UFOP	Manobra de Kristeller (p. 2, 3); Tricotomia (p. 2); Episiotomia (p. 2).
2015	Violência obstétrica e prevenção quartenária: o que é e o que fazer	Tesser, CD; Knobel, R; Andrezzo, HF; Diniz, SG.	Brasileira de medicina de família e comunidade	Aminiotomia (p. 4); Ocitocina sintética (p. 2); Tricotomia (p. 2) Episiotomia (p. 2, 3); Direito de acompanhante negado (p. 2, 3, 4); Manobra de Kristeller (p. 4)
2015	Episiotomia no parto normal - incidência e complicações	Costa, ML; Pinheiro, NM; Pires, LF; Costa, SA; Gomes, AM.	Cultural e científica do UNIFACEX	Episiotomia (p. 182)
2014	Violência obstétrica: a dor que cala	Andrade, BP; AGGIO, CM.	Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas	Direito de acompanhante negado (p. 3)



<b>2014</b>	Os efeitos da Manobra de kristeller no segundo período de trabalho de parto	Carvalho, LC.	Repositório Comum	Manobra de Kristeller (p. 65)
<b>2013</b>	Práticas obstétricas na assistência do parto e nascimento em uma maternidade em Belo Horizonte	Souza, AM.	Escola de Enfermagem da universidade de Minas Gerais	Enema (p. 20); Jejum (p. 34); Manobra de Kristeller (p. 67); Direito de acompanhante negado (p. 28, 48); Episiotomia (p. 17, 19, 25); Tricotomia (p. 17, 19); Amniotomia (p. 52, 65); Ocitocina sintética (p. 19, 34).
<b>2012</b>	Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres	Ministério da Saúde	Brasil	Manobra de Kristeller (p. 16, 60); Direito do acompanhante negado (p. 161); Episiotomia (p. 12, 16, 17); Tricotomia (p. 60); Jejum (p. 16); Ocitocina sintética (p. 60); Violência verbal e psicológica (p. 27)
<b>2011</b>	Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura	Costa, NM; Oliveira, LC; Solano, LC; Cruz, PH; Borges, IF.	Ciências da saúde - Nova esperança	Episiotomia (p. 47)

São consideradas intervenções obstétricas desnecessárias, todas as operações que ocorrem quando não há situação de risco, sendo da gestante ou do bebê. Com esses procedimentos, o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e psicológico<sup>24</sup>.

A violência ocorre desde a negligência na assistência, discriminação social, agressão verbal e psicológica, representada por tratamentos grosseiros, ameaças, gritos e humilhação intencional até a violência física, incluindo a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente é indicada. Resultando em uma cascata de intervenções com potenciais de riscos e sequelas, sendo consideradas práticas violentas<sup>25</sup>.

As seguintes condutas são consideradas Violências Obstétricas contra a mulher, nos períodos de pré-parto e parto porque muitas das VO são feitas sem o consentimento da parturiente.

### **Manobra de Kristeller**

A manobra de Kristeller consiste em auxiliar a saída do bebê por meio de forte pressão na parte superior do útero. A técnica foi usada pela primeira vez pelo médico ginecologista alemão Samuel Kristeller, em 1867, e até hoje, mesmo com o banimento da manobra pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), ela continua a ser praticada nos hospitais<sup>26</sup>.

Não há evidências científicas dos benefícios da manobra de Kristeller. Essa prática não encurta o segundo período de trabalho de parto, porém pode resultar em graves consequências tanto maternas quanto fetais. Os riscos associados à manobra existem devido à falta de consenso sobre a sua prática e força aplicada. Por ser uma técnica agressiva que pode causar lesões graves, a manobra de Kristeller é considerada uma VO<sup>26</sup>.

A manobra de Kristeller se enquadra em violência obstétrica e consiste em uma manobra na qual é exercida pressão sobre a porção superior do útero, no intuito de fazer o bebê sair mais rápido. Porém, essa tentativa de agilizar o processo pode trazer prejuízo tanto para a mãe quanto para o bebê<sup>27</sup>.

### **Direito de Acompanhante Negado**

Embora a Lei n. 11.108/2005 esteja em vigor há quase duas décadas, instituindo nos serviços de saúde do SUS ou nos serviços conveniados, a obrigatoriedade da presença de um acompanhante de livre escolha a mulher durante o período de pré-parto, parto e puerpério imediato, os relatos confirmaram a desinformação sobre esse direito<sup>5</sup>,

Algumas mulheres desconhecem e não tiveram garantido o direito ao acompanhante de sua escolha no decorrer de todo este processo<sup>28</sup>.

Além disso, as mulheres são impedidas de serem acompanhadas por uma pessoa familiar de sua escolha em algum momento durante a sua internação, tendo em vista que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda, desde 1985, que a mulher tenha um acompanhante, devido os benefícios que esta prática oferece à mulher e ao bebê, no que diz respeito o suporte emocional contínuo e sensação de segurança à parturiente, sejam no SUS ou na rede<sup>40</sup>

### **Episiotomia sem indicação**

A episiotomia é uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto, seu uso se justifica em alguns casos, como necessidade de parto instrumentalizado, sofrimento fetal, acesso para fletir a cabeça do bebê. O procedimento é realizado com anestesia local<sup>17</sup>.

No Brasil, procedimentos como a episiotomia, corte que envolve vários tecidos importantes do aparelho reprodutor feminino responsável pela contenção urinária e fecal, é realizado sem o consentimento da paciente, que não é informada dos riscos nem da necessidade ou efeitos adversos<sup>24</sup>,

Não existem evidências reais que fundamentem possíveis benefícios da realização da episiotomia, porém, às complicações ocasionadas pelo seu uso rotineiro são as mais diversas, seja a curto ou em longo prazo<sup>29</sup>.

O corte muitas vezes é feito sem anestesia, sem o consentimento da mulher, demora a cicatrizar e pode deixar a região dessensibilizada ou hipersensibilizada<sup>29</sup>.

### **Tricotomia de rotina**

Existem situações que suprimem o bem-estar da parturiente como a realização da tricotomia<sup>27</sup>.

A tricotomia é a raspagem de pelos pubianos no momento do trabalho de parto e parto, pois acreditava-se que evitaria infecções<sup>24</sup>

Em relação à tricotomia, outro procedimento comum nos serviços, sua prática é realizada com a justificativa de reduzir a infecção e facilitar a técnica de sutura, quando é necessária a episiotomia ou em caso de laceração<sup>30</sup>

A tricotomia, apesar de não causar dor, não é mais recomendada. Isto porque não proporciona nenhum benefício para a parturiente e ainda pode aumentar o risco de infecção<sup>27</sup>

### **Enema de rotina**

É a introdução de água no ânus (reto e sigmoide) para lavagem intestinal, purgação ou administração de medicamentos através de uma sonda retal<sup>17</sup>.

O enema de rotina ainda é uma prática comum em muitas maternidades, sendo seu uso justificado para reduzir a duração do trabalho de parto e a própria contaminação da região perineal. Porém, a literatura revela que não há evidência científica sobre sua eficácia, a exemplo de uma revisão sistemática da literatura, a qual comprovou que a realização deste procedimento não contribui para a redução da infecção puerperal e neonatal<sup>30</sup>.

O enema é rotineiramente adotado com o objetivo de diminuir o escape de fezes no momento do parto, e assim abreviar o trabalho de parto através da estimulação das contrações uterinas, e reduzir a incidência de infecções locais<sup>31</sup>. A prática, no entanto, consiste em violência obstétrica, pois, em grande parte dos casos, não se consulta a parturiente; e quando ela é consultada no momento do parto, não há tempo para processar as informações. 869

O uso rotineiro do enema é uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada. Não há evidência científica sobre sua eficácia e este procedimento não contribui para a redução da infecção puerperal e neonatal<sup>32</sup>.

### **Jejum**

O direito de se alimentar ou se hidratar é negado pela equipe de saúde, usando como justificativa a possibilidade do parto evoluir para uma cirurgia cesária e justificando a restrição<sup>33</sup>.

Por muitos anos a prática de prescrever jejum absoluto às parturientes foi a base da assistência obstétrica. Essa preocupação excessiva dos profissionais de saúde com a restrição alimentar fundamenta-se na alegação de que, caso fosse necessário a realização de um parto cirúrgico, a anestesia poderia provocar broncoaspiração<sup>32</sup>

## **Amniotomia**

A prática da amniotomia surgiu em 1965, na Alemanha, com o objetivo de facilitar e acelerar a progressão do trabalho de parto, pois a ruptura da bolsa amniótica pode desencadear contratilidade ou intensificar a contratilidade já existente. Hoje, no entanto, é considerado VO por ter se tornado procedimento rotineiro utilizado de forma inapropriada que pode causar problemas à mãe e ao bebêxxxx.

Amniotomia é a rotura proposital das membranas amnióticas podendo ser realizada em diferentes momentos do trabalho de parto, de acordo com a necessidade. Quando realizada com dilatação menor que 6 cm, é denominada amniotomia precoce; amniotomia oportuna, quando ocorre com dilatação de colo entre 6-8 cm<sup>17</sup>.

Amniotomia isolada parece diminuir um pouco a duração do trabalho de parto, mas aumenta a possibilidade de cesariana<sup>7</sup>.

Apesar de ser um procedimento simples, não é isenta de riscos. Não existem evidências capazes de embasar a sua prática, efetividade e segurança; não sendo, portanto, recomendada como método de indução do parto<sup>33</sup>

Porém, estudos analisados demonstram uso considerável de amniotomia, com uma taxa de 40% e 53,4%<sup>34</sup>

## **Ocitocina Sintética de rotina**

A ocitocina é um método farmacológico utilizado para indução e condução do trabalho de parto, mas seu uso requer uma avaliação cautelosa, pois pode trazer benefícios, mas também acarretar consequências para a mãe e para o bebê se utilizada de modo indiscriminado<sup>35</sup>.

A infusão intravenosa de ocitocina sintética de rotina para aceleração do trabalho de parto torna a paciente restrita ao leito ou com mobilidade reduzida, além de não existirem benefícios comprovados no uso rotineiro de ocitocina, mas existem efeitos colaterais importantes como hiperestimulação uterina e aumento da dor<sup>36</sup>.

## **Violência Verbal e Psicológica**

Evidenciou-se a existência de eventos desumanos durante o ciclo gravídico puerperal, que podem ser de origem verbal e/ou psicológica e física. Na violência verbal, as mulheres são

destratadas por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto através de xingamentos, ameaças, gritos e humilhações<sup>15</sup>.

A violência verbal e psicológica é forma de banalização da dor da paciente, revelando uma postura de não-escuta dos profissionais, que ignoram os sentimentos da parturiente e não utilizam métodos para controle da dor. Essa prática é uma VO pois visa impedir a parturiente de se expressar, ferindo assim o momento do parto <sup>36</sup>.

#### 4.2 Consequências da violência obstétrica para a mulher que a vivenciou.

Diante das formas de violência apontadas, listamos, na tabela abaixo, as consequências de cada uma delas segundo os materiais consultados.

**Quadro 3** – Consequências das condutas que constituem Violência Obstétrica (VO), segundo a literatura publicada no período de 2010 a 2020. São Paulo, 2020.

Violência Obstétrica (VO)	Autores	Consequências
Manobra de Kristeller	Pereira <i>et al</i> (2016);	Fratura das costelas da mãe (p. 3); Descolamento da placenta (p. 3); Traumas encefálicos no bebê (p. 3).
	Carvalho (2014);	Aumento de taxas de episiotomia (p. 65); Lacerações perineais severas (p. 65); Aumento da dispareunia (p. 67); Dor perineal no pós-parto (p. 67); Fraturas e lacerações no feto (p. 67)
Direito de Acompanhante Negado	Andrade e Aggio (2014)	Aumento da vulnerabilidade quanto às intervenções profissionais e às relações de desigualdade (p. 4); Possibilidade de parto traumático (p. 5).
	Santiago, Souza e Nascimento (2017).	Aumento da ansiedade e insegurança da mulher (p. 160)
Episiotomia sem indicação	Costa <i>et al</i> (2011)	Incontinência fetal (p. 47); Estreitamento excessivo do intróito vaginal (p. 47); Hematoma e edema (p. 47);

		<p>Infecção (p. 47);</p> <p>Deiscência da sutura (p. 47);</p> <p>Dispareunia (p. 47);</p> <p>Fístulas retovaginais (p. 47);</p> <p>Disfunção sexual (p. 47);</p> <p>Endometriose na cicatriz (p. 47).</p>
	Costa <i>et al</i> (2015)	<p>Episiorrafia (p. 182);</p> <p>Infecção pós-natal (p. 182);</p> <p>Hematoma (p. 182);</p> <p>Prolongamento do uso de sondas urinárias (p. 182);</p> <p>Dor no período puerperal (p. 182);</p> <p>Maior tempo de internação (p. 182);</p> <p>Incontinência urinária e fecal (p. 182);</p> <p>Dispareunia (p. 182);</p> <p>Fístulas (p. 182).</p>
Tricotomia de rotina	Pereira <i>et al</i> (2016).	Afeta o bem-estar da paciente (p. 2).
	Possati <i>et al</i> (2017)	Aumento do risco de infecção por doenças (p. 4).
Enema de rotina	Lopes <i>et al</i> (2010).	<p>Irritação retal (p. 50);</p> <p>Colite (p. 50);</p> <p>Gangrena (p. 50);</p> <p>Choque anafilático (p. 50);</p> <p>Constrangimento e desconforto da paciente (p. 50).</p>
Jejum	Medeiros <i>et al</i> (2016).	Partos mais longos e dolorosos (p. 522).
Amniotomia	Ministério da Saúde (2010).	Incremento de desacelerações precoces da FCF (frequência cardíaca fetal) (p. 44);

		Alterações plásticas sobre o pólo cefálico (bossa serossanguínea) (p. 44); Aumento do risco de infecção ovular e puerperal (p. 44).
	Sousa (2013)	Prolapso do cordão umbilical (p. 81).
Ocitocina Sintética	Sousa (2013)	Taquissistolia (p. 84); Hipertonia (p. 84); Sofrimento fetal agudo (p. 84); Ruptura do útero (p. 84).
	Santiago, Souza e Nascimento (2017)	Aumento da dor (p. 160); Ruptura do útero (p. 160); Infecção intracavitária (p. 160); Prematuridade iatrogênica (p. 160); Prolapso de cordão umbilical (p. 160); Falha de indução (p. 160).
Violência Verbal e Psicológica	Brandt <i>et al</i> (2018)	Provoca na parturiente o sentimento de inferioridade, humilhação, perda de integridade e dignidade (p. 27).
	Andrade e Aggio (2014)	Trauma do parto normal (p. 5).

### ***Manobra de Kristeller***

De um modo geral, a manobra de Kristeller é fornecida através da aplicação de uma pressão externa no fundo uterino<sup>26</sup>.

Esse procedimento leva a aplicação de um alto número de partos distócicos por ventosas, e com isso se tem o aumento dos índices da realização da episiotomia e lacerações de períneo, além de causar descolamento de placenta, fraturar as costelas da mãe, aumentar a dispareunia (dor durante ou após relação sexual) e dor perineal no período pós-parto. Ademais, em relação ao feto, a manobra pode resultar em fraturas no crânio e na clavícula e hematomas encefálicos, cujas consequências podem ser percebidas ao longo do desenvolvimento da criança<sup>26,27</sup>.



Portanto, é fundamental a conscientização dos profissionais de saúde quanto a sua prática, pois, a força que exercem sobre a barriga da mulher não é medida e pode resultar em graves complicações materno-fetais<sup>37</sup>

### **Direito de Acompanhante Negado**

Em 2005, o Decreto Federal nº 11.108, alterou a lei de 1990 para permitir o acompanhamento das parturientes no pré-parto, parto e pós-parto. Ainda que a lei vigore há quase 20 anos, as pacientes continuam a ter suas vontades negadas. Na década de 90, o parto havia se centrado no parto, com foco na atividade médica, por isso era comum que essas práticas e outras mais ocorressem. Hoje, no entanto, compreende-se que ao negar à paciente o acompanhamento, uma série de silenciamentos e demais violências são praticadas, constituindo, portanto, uma VO<sup>17</sup>.

O estudo observou que muitas mulheres desconhecem o seu direito, tendo um acompanhante em apenas alguns momentos da hospitalização. Assim, a mulher fica vulnerável às intervenções profissionais e às relações de desigualdade, trazendo prejuízos no processo de chegada de um filho e mudanças de papéis, próprios da dinâmica familiar<sup>28</sup>.

O acompanhamento de uma pessoa de confiança proporciona maior segurança e tranquilidade à mulher, que pode acelerar o parto e reduzir a quantidade de intervenções. Portanto, em contrapartida, a ausência de um acompanhante pode deixar a parturiente mais ansiosa, insegura e aflita, tornando o parto mais longo e traumático<sup>37</sup>

### **Episiotomia sem indicação**

A episiotomia foi introduzida no parto sem evidências de que funciona, sendo praticada para auxiliar partos difíceis. No Brasil, no entanto, o procedimento é praticado de forma rotineira apenas para acelerar o parto, sendo observada a sua prática em cerca de 90% dos partos normais<sup>38</sup>. Ademais, a episiotomia é feita, na maior parte das vezes, sem consulta da mãe. Hoje, há consenso de que mesmo com indicação, as consequências para a mãe são várias.

A Episiotomia sem indicação mesmo sendo realizada dentro dos parâmetros recomendados pela OMS, aponta como consequências ocasionadas pela realização da episiotomia o aumento da predisposição da mulher à infecção, hemorragia, disfunção sexual, a

dispareunia, incontinência urinária e fecal, e prolapso do colo do útero; e, consequências mais tardias dos efeitos físicos e psicológicos<sup>38</sup>.

Além disso, é possível citar o aumento do tempo de internação, prolongamento do uso de sondas urinárias, formação de fístulas, dor no período puerperal, edema e endometriose da episiorrafia<sup>29,27</sup>

### **Tricotomia de rotina**

A tricotomia era utilizada com o objetivo de evitar infecções. Todavia, atualmente não é incentivada pelo Ministério da Saúde (2010), uma vez que é ineficaz e pode não influir positivamente para o parto

Sabe-se que o seu uso rotineiro aumenta o risco de infecção por doenças, como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites<sup>30</sup>. Além disso, é muitas vezes realizada sem consultar a paciente, reduzindo assim seu bem-estar durante o processo do parto e gerando constrangimento e desconforto<sup>27</sup>.

### **Enema de rotina**

O enema de rotina é uma situação que põe em risco bem-estar da parturiente.

Se por um lado, a realização da lavagem intestinal gera a parturiente algum desconforto durante sua execução e incrementa os custos de assistência ao parto, o conforto posterior da mulher e da própria equipe de saúde deve ser valorizado. Evacuar no momento do período expulsivo, com a sua genitália exposta, pode ser constrangedor para muitas mulheres. Por outro lado, nem sempre a equipe de saúde presente na sala de parto consegue lidar bem com tal situação, o que pode aumentar ainda mais o constrangimento da mulher (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Assim, a paciente deve ser informada sobre o enema no pré-parto, para que ela possa decidir com calma, e a equipe deve ser bem treinada para lidar com essas situações sem gerar constrangimento. Além disso, é fundamental que a paciente seja consultada principalmente nos casos em que a preparação do enema envolve o uso de sabão, também conhecidos como “soapsuds”; uma prática que traz risco potenciais, como irritação retal, colite, gangrena e choque anafilático<sup>31</sup>.

Foi investigou os motivos pelos quais o enema é indicado no preparo para o parto. Contudo, seus resultados não os justificaram. Em seu estudo com 90 parturientes, o grupo que recebeu o enema não teve redução do tempo do trabalho de parto em relação ao grupo controle, isto é, pacientes sem enema. No entanto, observou-se menor frequência de contaminação fecal durante o parto nos casos com evacuação prévia à admissão hospitalar, enquanto não foi observada diferença na frequência de contaminação no primeiro e segundo períodos do parto entre os grupos com ou sem enema<sup>31</sup>.

### **Jejum**

Não há embasamento científico para que as mulheres mantenham jejum absoluto. A recomendação ocorria devido à possibilidade de realizar uma cesária, procedimento invasivo com anestesia que pode fazer a paciente tossir, engasgar ou vomitar<sup>33</sup>. Porém, entende-se que a atividade do parto já é cansativa e estressante, a parturiente não deve ter seu direito à de acesso à água ou alimentos negados já que isso a ajudará a ter energia.

O jejum é considerado VO porque fere os direitos da paciente e pode trazer consequências negativas para a parturiente durante o processo do parto. O desequilíbrio nutricional pode estar associado a trabalhos de partos mais longos e dolorosos, e, ainda, o jejum não é garantia de estômago vazio ou menos acidez<sup>33</sup>.

876

### **Amniotomia**

A prática da amniotomia tem papel fundamental na “cascata de intervenções”. por mais que haja evidências de que a amniotomia precoce reduza a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, há efeitos indesejáveis decorrentes dela, tal qual o incremento de desacelerações precoces da FCF (frequência cardíaca fetal) e as alterações plásticas sobre o pólo cefálico (bossa serossanguínea) e risco aumentado de cesarianas<sup>39</sup>.

Há, também, um risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas<sup>32 39</sup>.

### **Ocitocina Sintética**

O uso da ocitocina sintética é recomendado em casos em que o parto não esteja evoluindo como deveria e em que a dilatação não aumenta, mesmo após muito tempo de contrações, como

forma de estimular a contratilidade uterina<sup>40</sup>. A prática começou a ser usada em 1953 e várias pesquisas permitiram o avanço dos extratos da glândula pituitária à ocitocina sintética de hoje.

Contudo, atualmente a utilização indiscriminada da ocitocina constitui VO, pois aplicam-na mesmo sem sinais de demora no parto<sup>32</sup>, e também como forma de induzir o parto em mulheres com mais de 41 semanas de gestação<sup>40</sup>. A parturiente pode não ser consultada sobre seu uso e a ocitocina pode causar complicações materno-fetais.

O uso inapropriado da ocitocina pode resultar em taquissístolia, hipertonia, ruptura uterina e sofrimento fetal agudo<sup>32</sup>. Além disso, o uso indiscriminado desse medicamento pode ocasionar também o aumento da dor na mãe, infecção intracavitária, prolapso do cordão umbilical, prematuridade iatrogênica e falha de indução<sup>37</sup>.

### **Violência Verbal e Psicológica**

Por meio da violência verbal e psicológica, observa-se a revelação de uma suposta hierarquia de poder, pela qual o profissional da saúde expressa preconceitos e deprecia moralmente a mulher em trabalho de parto. Assim, causa na paciente o sentimento de inferioridade, humilhação, perda de integridade e dignidade<sup>36</sup>.

877

Que a brutalidade da VO e baixa intolerância dos profissionais pode resultar em trauma com o parto normal<sup>28</sup>

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante das pesquisas feitas neste trabalho sobre a Violência Obstétrica (VO) e suas consequências nas mulheres, observa-se que a VO continua a ser praticada, mesmo que hajam consequências constatadas cientificamente e amplamente divulgadas. Os traumas físicos e mentais marcam as parturientes antes, durante e após o parto.

A VO atinge, especialmente, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, expostas ao poder institucional e profissional, com características opressoras e dominadoras que excluem a subjetividade feminina como traço essencial para a construção da assistência centrada na mulher e do exercício de sua plena cidadania.

O fenômeno da VO firma-se no conceito estereotipado de gênero socialmente difundido, em que a mulher, vista como sexo frágil, necessita ser mantida sob uma autoridade patriarcal. E,

neste cenário, o médico é quem decide o que é melhor para ela, transformando o nascer em um ato centrado no profissional e passível das práticas violentas. Ao negar o direito ao acompanhamento, a paciente é privada também do direito ao parto humanizado e familiar, imprimindo na memória as experiências médicas que não levam em conta suas decisões e vontades.

Decerto, é possível que procedimentos médicos fujam ao controle, já que não há procedimentos que sejam totalmente sem riscos, porém, a maioria dos partos pode ocorrer sem intervenção. Os procedimentos que visam a aceleração do parto ainda que ponham em risco a saúde da paciente, como a episiotomia sem indicação ou a manobra de Kristeller, são normalizados no ambiente hospitalar e continuam a ser praticados.

Apontamos, nesse contexto, a necessidade de que o profissional da enfermagem reconheça as variadas formas de violência obstétrica, reflita sobre as consequências para a mulher, identifique os princípios bioéticos que são negligenciados e a constante violação dos direitos destas mulheres. Por meio do conhecimento, o enfermeiro pode ajudar a reduzir as intervenções desnecessárias e suas complicações. É possível, assim, promover uma assistência centrada na mulher e não no médico ou na aceleração do parto, para que, tanto no pré-parto quanto no parto, a parturiente seja atendida de forma humanizada.

878

## REFERÊNCIAS

1. ESTUMANO, V. Et al: **Violência Obstétrica no Brasil: Casos cada vez mais frequentes.** Revista Recien. v.7, n.19, p.83-91, 2017. Disponível em: [https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/185/pdf\\_1](https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/185/pdf_1). Acesso em: 02 de agosto de 2020.
2. MATOS, G, C, et al: **A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: Uma revisão integrativa.** Rev Enferm UEPE online. v.7, n.esp, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-979595>. Acesso em 02 de março de 2020.
3. DINIZ, C; SANDALL, J: **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: Dados da Pesquisa Nacional ao Nascer.** Cad Saúde Pub. v.30, supl 1, 2014. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000700020&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014000700020&script=sci_arttext). Acesso em 10 de agosto de 2020
4. DINIZ, C; CHACHAM, A: **O “corte por cima” e o “corte por baixo”. O abuso de episiotomias e cesáreas em São Paulo.** Questões de Saúde Reprodutivas. Ano: v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006

5. RODRIGUES, F, A, C, et al: **Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha.** Reprodução e climatério. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana - SBRH v. 32 p. 78 – 84, 2017. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>. Acesso em 20 de setembro de 2020.

6. ALVARENGA, S; KALIL, J: **Violência obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira.** Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 14, n. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: [http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf\\_562](http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf_562). Acesso em: 08 de agosto de 2020.

7. TESSER, C, D. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** Rev Brasileira de Medicina Família e Comunidade. v.10, n.35, 2015. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em 01 de outubro de 2020

8. VENTURI, G; RECAMÁN, M: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados.** Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf). Acesso: 08 de agosto de 2020.

9. BRASIL, Ministério da Saúde: **Violência contra Mulher.** Brasília: Ministério da saúde, 2019. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/edicoes-2019/is-n-04/3075-violencia-contra-a-mulher> Acesso: 25 de Maio 2021.

879

10. BRASIL, Ministério da Saúde: **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha.** Brasília - 2011. Disponível em: [file:///C:/Users/Cristiane%20Caruncho/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-\[444-090312-SES-MT\].pdf](file:///C:/Users/Cristiane%20Caruncho/Downloads/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT].pdf). Acesso em 08 de agosto de 2020.

11. SILVA, M, G; MARCELINO, M, C; RODRIGUES, L; TORO, R, C; SHIMO, A, A: **Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras.** Rev Rene, v.15, n.4, 2014. Disponível em: [http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014\\_art\\_mgsilva.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf). Acesso em 09 de outubro de 2020.

12. PEREIRA, W, R. **Poder, violência e dominação simbólica nos serviços públicos de saúde.** Texto contexto - enferm. vol.13 no. 3, Florianópolis, 2004. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072004000300008&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072004000300008&lng=pt&tlng=pt). Acesso em 09 de agosto de 2020.

13. CARDOSO, F. Et al: **Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde.** Rev enferm UFPE on line. Recife, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/110232/22159> Acesso em 05 de setembro de 2020.

14. ANDRADE, P. et al: **Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade**, Recife - Pernambuco. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., vol.16, no.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>. Acesso em 09 de agosto de 2020.
15. BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem: **Lei do exercício profissional n. 7.498 de Junho de 1986**. Brasília - DF; 1986.. Disponível em [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html). Acesso em 08 de setembro de 2020.
16. CASTRO, A; ROCHA, S: **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES A PARTIR DA LITERATURA**. ARTIGO 30 - Revisão Integrativa de Literatura. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2798/725>. Acesso em: 03 de outubro de 2020
17. NAGAHAMA, E; SANTIAGO, S: **Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil**. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292011000400008&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292011000400008&script=sci_arttext). Acesso em 20 de setembro de 2020.
18. BRASIL, Ministério da Saúde: **Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 24 de setembro de 2020.
19. COREN – Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo: **Parto natural**. 2010. Disponível em: [http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto\\_natural.pdf](http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parto_natural.pdf). Acesso em: 13 out. 2020
20. LEAL, S, Y, P, et al: **Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica**. Cogitare Enferm, 2018. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883486/52473-231497-1-pb.pdf>. Acesso em 09 de agosto de 2020.
21. BISCEGLI, T; GRIO, J; MELLES, L; RIBEIRO, S; GONSAGA, R: **Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do Estado de São Paulo**. Rev. Cuidarte. Enfer. [internet], Catanduva, sp. Vol. 9 número 1. Disponível em: [http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarte\\_enfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf](http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarte_enfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf). Acesso em 09 de agosto de 2020.
22. OLIVEIRA, V; PENNA, C, M: **O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde**. Texto Contexto Enferm, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt\\_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n2/pt_0104-0707-tce-26-02-e06500015.pdf). Acesso em 09 de agosto de 2020.
23. LAURENTI, R; MELLO-JORGE, M; GOTLIEB, S, L, D: **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna**. 2000, vol.16, n.1, pp.23-30. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2000000100003&script=sci_abstract&tlng=pt) . Acesso em 03 de setembro de 2020.

24. PRISZKULNIK, G; MAIA, A, C: **Parto humanizado: influências no segmento saúde.** Mundo saúde, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-23514>. Acesso em 03 de outubro de 2020.

25. ZANARDO, L, P; URIBE, M, C; NADAL, A, H, R; HABIGZANG, L, F: **Violência Obstétrica no Brasil: Uma Revisão Narrativa.** Psicologia & Sociedade, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/i807-0310-psoc-29-e155043.pdf> Acesso em: 23 de setembro de 2020.

26. SENA, L; TESSER, C: **Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências.** Interface 21, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2017.v21n60/209-220>. Acesso em 23 de setembro de 2020

27. CARVALHO, L: **Os efeitos da manobra de Kristeller no segundo período de trabalho de parto.** ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Porto, 2014. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9509/1/Relat%c3%b3rio%20Est%c3%a9gio%20Final%20La%c3%abtitia%20Carvalho.pdf>. Acesso em 23 de setembro de 2020.

28. PEREIRA. Jéssica Souza; SILVA. Jordana Cunha de Oliveira; BORGES. Natália Alves; RIBEIRO. Mayara de Mello Goncalves; AUAREK. Luiza Jardim; SOUZA. José Helvécio Kalil de. **Violência Obstétrica: Ofensa à Dignidade Humana.** v. 15, n.1, pp.103-108, Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research. Disponível em: [https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO\\_Viol%c3%a9nciaObs t%c3%a9tricaOfensa.pdf](https://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/6646/1/ARTIGO_Viol%c3%a9nciaObs t%c3%a9tricaOfensa.pdf). Acesso em: 23 set. 2020.

29. ANDRADE, B; AGGIO, C: **Violência Obstétrica: a dor que cala.** Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Londrina, Violência contra a Mulher e Políticas Públicas- Coord. Sandra Lourenço A. Fortuna. Disponível em: [http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3\\_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf](http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf). Acesso em 06 de outubro de 2020

30. COSTA, M. et al: **EPISIOTOMIA NO PARTO NORMAL: INCIDÊNCIA E COMPLICAÇÕES.** Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX. v. 13, n. 1, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/655/pdf>. Acesso em 22 de setembro de 2020.

31. POSSATI, A, B; PRATES, L; CREMONESE, L; SCARTON, J; ALVES, C, N; RESSEL, L: **Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras.** Esc Anna Nery, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/eann/v21n4/pt\\_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf](https://www.scielo.br/pdf/eann/v21n4/pt_1414-8145-eann-2177-9465-EAN-2016-0366.pdf). Acesso em 23 de setembro de 2020.



32. LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SILVA, Magda Aparecida Santos; CHRISTÓFORO, Fátima Filomena Mafra; ANDRADE, Deborah Cristina Junqueira de; BELLINI, Nara Regina; Cervi, Rita de Cássia; AMARAL, Maria Clara Estanislau do. **O uso do enteroclisma no preparo para o parto:** análise de suas vantagens e desvantagens. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, v. 9, n. 6, p. 49-55, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n6/7826.pdf>. Acesso em 14 mar. 2021.

33 SOUSA, A, M, M: **PRÁTICAS OBSTÉTRICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM UMA MATERNIDADE DE BELO HORIZONTE.** Belo Horizonte, 2013. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-97BHGB/1/pr\\_ticas\\_obst\\_tricas\\_na\\_assist\\_ncia\\_ao\\_parto\\_e\\_nascimento\\_em\\_uma\\_maternidade\\_de\\_belo\\_horizonte.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/GCPA-97BHGB/1/pr_ticas_obst_tricas_na_assist_ncia_ao_parto_e_nascimento_em_uma_maternidade_de_belo_horizonte.pdf). Acesso em 23 de setembro de 2020.

34. MEDEIROS, N, C, M, et al: **Violência Obstétrica: percepções acerca do parto normal.** Rev Temas em Saúde. Volume 16, Número 3. João Pessoa, 2016, disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16331.pdf>. Acesso em 24 de setembro de 2020.

35. SANTOS, K, et al: **Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais.** Volume 5, Número 3. Disponível em: <file:///C:/Users/Cristiane/Downloads/946Texto%20do%20artigo%20com%20identifica%C3%A7%C3%A3o%20dos%20autores-5432-2-10-20200719.pdf>. Acesso em 23 de setembro de 2020. .

882

36. BRANDT, G. Et al. **Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto.** Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file2a3ed78d60260c2a5bedb38362615527.pdf>. Acesso em 23 de setembro de 2020 .

37. SANTIAGO, Dayze Carvalho; SOUZA, Wanessa Kerlly Silva; NASCIMENTO, Renata Fernandes do. **Violência Obstétrica: uma análise das consequências.** RIOS Eletrônica – Revista Científica da Faculdade Sete de Setembro, a.11, n. 13 (jul. 2017) Paulo Afonso, BA: FASETE, 2017. ISSN 1982-0577. Disponível em: [https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia\\_obstetrica\\_uma\\_analise\\_das\\_consequencias.pdf](https://www.unirios.edu.br/revistarios/media/revistas/2017/13/violencia_obstetrica_uma_analise_das_consequencias.pdf). Acesso em: 12 fev. 2021.

38. COSTA, N. et al: **EPISIOTOMIA NOS PARTOS NORMAIS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.** Facene/Famene, 2011. Disponível em: <https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/.view/383/290>. Acesso em 10 de agosto de 2020.

39. CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA ANÁLISE SOB O PRISMA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS.** Brasília, 2015. Disponível em: [http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015\\_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/10818/1/2015_CamilaCarvalhoAlbuquerqueCunha.pdf).

40. RODRIGUES, D, et al: **O DESCUMPRIMENTO DA LEI DO ACOMPANHANTE COMO AGRAVO À SAÚDE OBSTÉTRICA.** Texto Contexto Enferm, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e5570015.pdf>. Acesso em: 22 de setembro de 2020