

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RAYANDRA MYLLENA BANDEIRA DE MENEZES

**HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: O PROTAGONISMO RESTITUÍDO À
MULHER**

MOSSORÓ/RN

2022

RAYANDRA MYLLENA BANDEIRA DE MENEZES

**HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: O PROTAGONISMO RESTITUÍDO À
MULHER**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN – como
requisito obrigatório para obtenção do título de
bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª. Esp^ª. Tayssa Nayara Santos
Barbosa

MOSSORÓ/RN

2022

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

M543h Menezes, Rayandra Myllena Bandeira de.
Humanização do nascimento: o protagonismo restituído
à mulher / Rayandra Myllena Bandeira de Menezes. –
Mossoró, 2022.
43 f.: il.

Orientadora: Profa. Esp. Tayssa Nayara Santos Barbosa
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade
de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Violência obstétrica. 2. Autonomia pessoal. 3. Parto
humanizado. 4. Enfermagem obstétrica. I. Barbosa, Tayssa
Nayara Santos. II. Título.

CDU 612.63.028:618.2

RAYANDRA MYLLENA BANDEIRA DE MENEZES

**HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: O PROTAGONISMO RESTITUÍDO À
MULHER**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem
Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN – como
requisito obrigatório para obtenção do título de
bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof^a. Esp^a. Tayssa Nayara Santos Barbosa – FACENE/RN
ORIENTADORA

Prof^a. Esp^a. Gívilla Bezerra Mendonça – FACENE/RN
MEMBRO

Prof^a. Me. Lívia Helena Morais de Freitas Melo – FACENE/RN
MEMBRO

À todas as mulheres que foram impedidas
de serem protagonistas do próprio parto.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar e sempre, agradeço a Deus por todas as oportunidades e também pelas portas fechadas que me direcionaram a ser a pessoa que sou hoje, acredito que tudo vem dEle e com certeza este sonho não foi apenas meu.

Agradeço especialmente aos meus pais e à minha irmã por torcerem por cada uma das minhas conquistas, por serem tudo o que eu tenho nessa vida e se orgulharem tanto de mim.

Quero agradecer a minha orientadora Tayssa Nayara Santos Barbosa e Gívilla Bezerra Mendonça, orientadora durante o projeto dessa pesquisa, pela disponibilidade e auxílio durante esse processo de construção. Também preciso agradecer a Ana Cristina Arrais e Lívia Helena Morais de Freitas Melo por enriquecerem esse trabalho com todas as considerações feitas.

Aos amigos que nossos caminhos se cruzaram nessa graduação, gratidão por estarem comigo nesse e em tantos outros momentos. O suporte e a amizade de vocês foram essenciais durante esses quatro anos.

Mudar a vida é, antes de tudo,
mudar a maneira de nascer.
(ODENT, 1982, p. 129)

RESUMO

O período gravídico-puerperal caracteriza-se como um momento singular da vida que requer práticas assistenciais de atenção à saúde qualificadas e humanizadas que resguardem os direitos maternos. A violência obstétrica se constitui na infração de direitos reprodutivos e sexuais da mulher e na apropriação de seu corpo para submetê-la a procedimentos desnecessários, sem indicação clínica ou consentimento, afetando a autonomia e o poder de escolha materno, e elevando os índices de morbimortalidade materna-infantil. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre violência obstétrica e a perda da autonomia materna. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura com abordagem descritiva. Foi realizada entre março a abril de 2022. Os dados foram coletados nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram selecionados dez estudos, segundo a adequação aos critérios de inclusão: artigos científicos encontrados na íntegra, redigidos em Língua Portuguesa, publicados nos últimos 5 anos (2017 a 2022). Os critérios de exclusão: foram excluídos os materiais duplicados, monografias, dissertações, teses e artigos de revisão de literatura. A análise dos dados foi realizada por meio de dois quadros construídos com a amostra encontrada, a partir deles foi possível constatar que a violação da autonomia no período de gestação e parto torna a mulher frágil e submissa a um contexto que a fragiliza, descaracteriza e violenta. Os profissionais se respaldam na necessidade de garantir a segurança e salvar vidas e responsabilizam a falta de estrutura, recursos e superlotação pela violação de direitos. A falta de orientação sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal é um problema recorrente na assistência pré-natal e resulta na passividade no processo de condução de parturição. Observou-se que a perda da autonomia materna é abordada como a expressão da violência obstétrica na prática, assim como, um fator que propicia a ocorrência de ações assistenciais violentas.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Autonomia pessoal; Parto humanizado; Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

The pregnancy-puerperal period is characterized as a unique moment in life that requires qualified and humanized health care practices that protect maternal rights. Obstetric violence constitutes the violation of women's reproductive and sexual rights and the appropriation of their body to submit them to unnecessary procedures, without clinical indication or consent, affecting the autonomy and power of maternal choice, and raising maternal and child mortality rates. Thus, the present study aims to analyze the relationship between obstetric violence and loss of maternal autonomy. This is an integrative literature review with a descriptive approach. It was carried out between March and April 2022. Data were collected in electronic databases: Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Nursing Database (BDENF), through the Virtual Health Library (VHL). Ten studies were selected, according to the adequacy of the inclusion criteria: scientific articles found in full, written in Portuguese, published in the last 5 years (2017 to 2022). Exclusion criteria: It was excluded duplicate materials, monographs, dissertations, theses and literature review articles. Data analysis was carried out through two tables constructed with the sample found, from which it was possible to verify that the violation of autonomy in the period of pregnancy and childbirth makes the woman fragile and submissive to a context that weakens, mischaracterizes and violence. Professionals are supported by the need to ensure safety and save lives and blame the lack of structure, resources and overcrowding for the violation of rights. The lack of guidance on rights in the pregnancy-puerperal cycle is a recurring problem in prenatal care and results in passivity in the delivery process. It was observed that the loss of maternal autonomy is approached as the expression of obstetric violence in practice, as well as a factor that favors the occurrence of violent care actions.

Keywords: Obstetric violence; Personal autonomy; Humanized birth; Obstetric nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Categorização e exemplificação da violência obstétrica.....	16
Fluxograma 1 – Seleção dos artigos	24
Quadro 2 – Identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa	25
Quadro 3 – Síntese das principais evidências científicas encontradas.....	26

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CFM	Conselho Federal de Medicina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPN	Centro de Parto Normal
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
MPF	Ministério Público Federal
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 BREVE HISTÓRICO DO MODELO ASSISTENCIAL DURANTE O PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NO BRASIL	14
2.2 DIVERGÊNCIAS QUANTO AO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	15
2.3 DIREITOS DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO	18
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO	19
2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO	21
3 METODOLOGIA.....	23
4 RESULTADOS	25
5 DISCUSSÃO	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

O período gravídico-puerperal caracteriza-se como um momento singular da vida, em qualquer cultura e geração. O parto não é apenas o desfecho final da gestação, ele constitui um evento social, emocional e biológico que compreende a história de vida, crença e valores da parturiente. Consiste em um momento que requer respeito e protagonismo à mulher (SANTOS, 2020).

Nesse sentido, a atenção à saúde durante a gestação, parto e o puerpério exige práticas assistenciais qualificadas e humanizadas que resguardem os direitos femininos. O movimento de humanização do parto e nascimento propõe uma série de medidas, com início desde o pré-natal, que buscam a vivência mais natural possível dos acontecimentos da parturição, a fim de reduzir intervenções desnecessárias e riscos materno-fetais (NASCIMENTO *et al.*, 2020).

De acordo com Brasil *et al.* (2018) até o início do século XX o modelo de parto era domiciliar sob os cuidados essencialmente de parteiras, a partir dessa época o parto perde o caráter privado, íntimo e de protagonismo materno, passando ao modelo hospitalar com a preponderância do saber médico e uso excessivo de tecnologias. Em decorrência dessa considerável transformação no processo de parto, ocorre a perda da autonomia materna no processo de parturição e a respeito de seu próprio corpo, passando a ser submetida a diversas condutas indevidas e — em determinadas situações — sem a sua autorização.

Cursino e Benincasa (2020) apontam que é recomendado que as mulheres escolham como local de parto aquele em que se sintam mais seguras, seja em casa, casa de parto ou hospital. Porém, o parto domiciliar não está incluso nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), inviabilizando o direito de escolha das mulheres que dependem de tais serviços. Portanto, no Brasil o índice de nascimentos em ambiente hospitalar ultrapassa 99%, sendo conduzidos majoritariamente por profissionais médicos.

A respeito da hospitalização do parto, Leite, Mendes e Mendes (2020) expõem que ela surgiu baseada na necessidade de monitorização para maior segurança da mãe e do bebê. Em contrapartida, atrelada ao maior uso de tecnologias e intervenções cirúrgicas mais frequentes surge a violência obstétrica, que se constitui na infração de direitos reprodutivos e sexuais da mulher e na apropriação de seu corpo por parte dos profissionais de saúde ao ser submetida a procedimentos desnecessários e sem indicação clínica ou consentimento.

Tais autores revelam ainda que essa violação obstétrica dos direitos femininos se configura como um grave problema de saúde pública, pois além de afetar a autonomia e o poder de escolha materno também eleva os índices de morbimortalidade materna-infantil. A

implementação de práticas assistenciais humanizadas poderia evitar mais de 95% das mortes maternas.

Firmino *et al.* (2020) afirmam que a experiência do parto pode ser prazerosa ou traumática, sendo diretamente afetada por fatores como experiências prévias pessoais ou familiares, e a qualidade assistencial a qual teve acesso no pré-natal e parto. Reis *et al.* (2017) retratam que as mulheres comumente expressam uma visão do parto com ênfase no medo, na dor e na insegurança.

A pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre o Parto e Nascimento” realizada entre 2011 e 2012, apresentou um panorama nacional do quadro de assistência ao parto e nascimento no país ao entrevistar 23.894 mulheres (TELES, 2015). Menos de um terço das gestantes de risco obstétrico habitual se alimentaram durante o trabalho de parto e utilizaram medidas não farmacológicas para alívio da dor. A cesariana foi o tipo de parto predominante com índice de 51,9%. Durante o parto 92% das mulheres foram mantidas em posição de litotomia, realizou-se a manobra de Kristeller em 37% e a episiotomia em 56% (LEAL *et al.*, 2014).

Em razão desse cenário caótico e problemático, o Ministério da Saúde instituiu no decorrer dos últimos anos ações, estratégias e programas voltados a assistência perinatal, idealizados para o enfrentamento da morbimortalidade materno-infantil e qualificação da rede de atenção à saúde da mulher e da criança. Dentre esses, destacam-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, que buscam assegurar a atenção humanizada do pré-natal, parto e puerpério (PACHECO, 2018).

Segundo Farias *et al.* (2021) 80% das mulheres de um estudo realizado em Alagoas alegam não ter sofrido violência obstétrica, considerando que 79% desconheciam as suas implicações, destacando o fato de que as intervenções nocivas estão amplamente naturalizadas na rotina assistencial, repercutindo no desconhecimento de quais condutas caracterizam-se como violência obstétrica. Ademais, associa-se isso ao conceito social de um parto bem conduzido como um processo breve e com um bebê saudável.

Portanto, é evidente que apesar dos avanços observados após a mobilização do Ministério da Saúde para humanizar o parto e o nascimento criando o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, a desinformação a respeito da violência obstétrica revela-se um problema persistente no país.

Nessa perspectiva, justifica-se a escolha por essa temática devido a sua importância para a sociedade em geral, especialmente para informar mulheres no ciclo gravídico-puerperal acerca de seus direitos e no que se constitui a violência obstétrica, assim como, reforçar para a

comunidade acadêmica e profissionais da assistência obstétrica as implicações da violência obstétrica e o direito de escolha da mulher, para uma assistência qualificada e humanizada durante esse momento excepcional da vida.

Diante do que foi apresentado, o estudo levantou o seguinte questionamento de pesquisa: Como se encontra, na literatura científica nacional, a relação entre violência obstétrica e a perda da autonomia da mulher na gestação, parto e puerpério?

Assim, o objetivo dessa pesquisa consistiu em analisar a relação entre violência obstétrica e a perda da autonomia materna através da produção científica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTÓRICO DO MODELO ASSISTENCIAL DURANTE O PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NO BRASIL

No Brasil, a criação de políticas públicas de saúde da mulher teve início durante os primeiros anos do século XX. Considerando o papel social da mulher nesse período — mãe e doméstica —, os programas tinham enfoque no processo reprodutivo, limitando-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Nessa época preconizavam-se as ações materno-infantis (BRASIL, 2011a).

Apesar da assistência à gestação e ao parto ser uma das mais antigas ações realizadas de atenção à saúde da mulher, ainda possuía lacunas. Em 1984 foi instituído o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ao qual foram inseridos diversos serviços visando a atenção à saúde da mulher de forma integral em todas as fases da vida, assim o puerpério passa a ser visto como um período que também merece atenção dos serviços de saúde, sendo inserido nos serviços de assistência da atenção básica (ANDRADE *et al.*, 2015).

Para Costa e Gonçalves (2019), a premissa da integralidade e a admissão da fragilidade da mulher em diversos aspectos sociais foram fundamentais para a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004. Santana *et al.* (2019) apontam que a Política propôs qualificar a situação de vida e saúde das mulheres, favorecendo o declínio da morbimortalidade, ampliando e humanizando a atenção integral à saúde da mulher em todos os âmbitos da saúde. Retratando a efetivação dos direitos femininos ao ampliar a atenção obstétrica, planejamento familiar, atenção ao abortamento inseguro e combate à violência doméstica e sexual.

A redução da mortalidade materna representou um desafio persistente, caracterizando-se como um problema de saúde pública mundial. Assim, a Organização das Nações Unidas (ONU) incorporou à lista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio a redução da razão de mortalidade materna (RMM) em 75% até o ano de 2015. No Brasil a razão de morte materna deveria ser igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos (MARTINS *et al.*, 2017).

De acordo com Nunes *et al.* (2017), ao fim da primeira década dos anos 2000 considerou-se que o fortalecimento dos sistemas de saúde para a oferta de serviços integrados e qualificados para o cuidado das mulheres durante e após a gestação possibilitaria a redução da mortalidade materna.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde idealizava programas que propagavam práticas mais humanizadas a fim de mudar o panorama perinatal no Brasil. A exemplo disso a criação dos Centros de Parto Normal (CPN) em 1999, em que o trabalho de parto e o parto seriam assistidos, preferencialmente, por enfermeiras obstetras e obstetizas (FREITAS; NARCHI; FERNANDES, 2019). Com o intuito de reproduzir o mais próximo possível um parto domiciliar através de um ambiente caseiro e familiar. Monitorizando as condições de saúde, porém com o mínimo de intervenções durante o parto (SANTOS *et al.*, 2021).

2.2 DIVERGÊNCIAS QUANTO AO CONCEITO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O conceito do que atualmente denomina-se violência obstétrica surgiu nos anos 2000 na América Latina e na Espanha, através dos movimentos ativistas em busca da humanização do parto. Entretanto, foi na Venezuela, em 2007, que o termo surgiu e foi reconhecido perante a lei. Posteriormente, o mesmo ocorre na Argentina em 2009 e no México em 2014. Assim, nesses países a violação de direitos obstétricos da mulher estão sujeitos a responsabilidade criminal (KATZ *et al.*, 2020).

A inserção do termo no meio acadêmico ocorreu em 2010 no editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics* pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D'Gregorio. Fortalecendo-se por meio dos movimentos sociais que lutam pelo fim das violências exercidas contra mulheres, principalmente aqueles que buscam a humanização da assistência materno-infantil (PULHEZ, 2013).

Segundo Cunha *et al.* (2020), considera-se violência obstétrica a apropriação do corpo da mulher e dos seus processos reprodutivos por meio dos profissionais de saúde, a assistência desumana e a patologização dos processos naturais, que afetam a autonomia e a capacidade de decidir livremente sobre os seus corpos e sexualidade, minimizando a qualidade de vida.

Brito, Oliveira e Costa (2020) acrescentam a esse conceito a designação de conjunto de condutas que provocam constrangimento ou danos às mulheres durante o acompanhamento pré-natal, o trabalho de parto, o parto e o pós-parto. Sendo expressa através de agressões verbais, procedimentos médicos desnecessários e abusivos, lesões corporais e descumprimento dos direitos da parturiente.

Para descrever as diversas formas de violências ocorridas durante a gravidez também são atribuídos termos como: violência de gênero no parto e aborto, violência no parto, abuso obstétrico, violência institucional de gênero no parto e aborto, desrespeito e abuso, crueldade

no parto, assistência desumana/desumanizada, violações dos direitos humanos das mulheres no parto, abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto (ASSIS, 2018).

Conforme mostram Lansky *et al.* (2019), a violência obstétrica abrange desde as demoras na assistência, cuidado negligente, recusa na administração de analgésicos, maus tratos físicos, verbais e psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos não consentidos, detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, não utilização de procedimentos recomendados, a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e que podem causar danos como a distocia no parto, hemorragias e hipóxia neonatal, além da insatisfação da mulher e a depressão pós-parto.

A peregrinação também está incluída nesse conceito, quando é negado o atendimento à mulher durante o trabalho de parto ou antes dele, e ela se desloca de hospital em hospital em busca de atendimento em meio ao momento de dúvidas, inseguranças e necessidades de saúde. Assim como a violência institucional, quando as instituições, hospitais, maternidades e clínicas implementam ações ou formas de organização que dificultam, retardam ou impedem o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, dentre essas: cobrança indevida de taxas e a recusa da presença do acompanhante no parto (MARQUES, 2020).

Dentre as várias conceituações possíveis, Souto (2020) a fim de exemplificar a violência obstétrica categoriza as suas principais formas de manifestação, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1– Categorização e exemplificação da violência obstétrica

Categoria	Exemplos
Violência verbal	Tratamento desrespeitoso, com maus tratos e juízos de valor, bem como falas grosseiras, coercitivas, repreensão, gritos, xingamentos, comentários irônicos e negativos, que expõem as mulheres ao constrangimento, inferiorização, humilhação.
Violência psicológica	Ameaças, tratamento autoritário e hostil, intimidações diante do comportamento das pacientes, chantagens, culpabilização da mulher, especialmente em situações de sofrimento fetal e dificuldade de realizar puxos no período expulsivo, atribuição de incapacidade de parir à paciente, desqualificação da opinião da mulher, imposição de decisões, fornecimento de informações duvidosas ou não conceder informação.
Violência física	Empurrar, realizar toques vaginais repetitivos, especialmente para fins didáticos, ou agressivos, que provoquem dor, cirurgia cesariana sem necessidade, manobra de Kristeller, restringir os movimentos e obrigar a parturiente a manter posições não desejadas por ela, procedimentos sem a analgesia adequada (retirada manual da placenta, sutura, episiotomia, episiorrafia), tapas e beliscões, contenção física de pernas e braços.

Violência sexual	Realização de toque vaginal sem luvas, manipulação, exposição ou visualização desnecessárias das genitálias, tocar nas mamas ou realizar toque retal na mulher sem o seu consentimento.
Violência discriminatória	Depreciação ou negação do atendimento baseado em atributos raciais e sociais, preconceito ou tratamento diferencial à mulher diante da sua condição econômica, conjugal, opção sexual, religião, escolaridade.
Violência institucional	Peregrinação, não atendimento e/ou atendimento precário em decorrência da infraestrutura inadequada, falta de recursos humanos e materiais, falta de leitos, imposição de rotinas institucionais que violam os direitos ou causam danos à parturiente (como proibição do acompanhante, ou jejum prolongado durante o trabalho de parto).
Violência financeira	Cobrar taxa para realizar assistência ao parto normal, ou realizar tratamento diferenciado para quem possui condição financeira melhor, cobrar por procedimentos realizados em instituições públicas.

Fonte: Adaptado de SOUTO (2020).

As divergências quanto ao conceito vão além das diversas definições para caracterizar o mesmo fenômeno. Em 03 de maio de 2019, o Ministério da Saúde emitiu um posicionamento oficial contra o uso da terminologia violência obstétrica, alegando ter conotação inadequada, que não agrega valor e, ainda, prejudica a busca do cuidado humanizado no contínuo gestação-parto-puerpério. A publicação incentivava a anulação da expressão argumentando que os profissionais de saúde não têm a intenção de prejudicar ou causar dano (BRASIL, 2019a).

O despacho do Ministério da Saúde corroborava com o parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) de 2018, que declara a expressão violência obstétrica como uma agressão a toda a categoria e especialidade de ginecologia e obstetrícia. A publicação sugeria a substituição do termo por outras definições por envolver aspectos da violência institucional, todos os profissionais de saúde e outros sujeitos incluídos no atendimento à mulher (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2018).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) manifestou apoio ao posicionamento do Ministério da Saúde em abolir o termo violência obstétrica referindo que a violência na assistência à mulher gestante-parturiente envolve questões multifatoriais, e o termo estimula a demonização da figura do médico obstetra, atribuindo-o a responsabilidade pelas dificuldades do atendimento e por eventuais maus resultados na assistência ao parto e nascimento (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2019).

Em resposta ao posicionamento do Ministério da Saúde, no dia 07 de maio de 2019 o Ministério Público Federal (MPF) expôs fragilidades presentes no documento, como a seleção

do conceito isolado de violência definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Apontou-se uma interpretação distorcida e equivocada uma vez que para caracterizar qualquer ação como violência a intenção deliberada do profissional de causar dano não é exigida pela OMS, e sim o uso intencional da força ou poder (BRASIL, 2019b).

A Organização Mundial da Saúde reconhece que as mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus-tratos nas instituições de saúde em qualquer momento da gravidez, parto e período pós-parto, mas principalmente durante o parto onde a mulher encontra-se mais vulnerável. A violência física, humilhação profunda e abusos verbais também são reconhecidos pela OMS como tipos de violência durante o parto em instituições de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Acatando as recomendações do Ministério Público Federal, em 07 de junho de 2019 o Ministério da Saúde por fim reconhece o direito das mulheres de eleger o termo que melhor represente suas experiências no momento da assistência ao parto e nascimento no que concerne a maus-tratos, desrespeito, abusos e uso de práticas não baseadas em evidências científicas, embora não citando em nenhum trecho a expressão violência obstétrica (BRASIL, 2019c).

2.3 DIREITOS DA MULHER NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

A Organização Mundial da Saúde (2014) através da “Declaração para prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” alega o direito ao mais alto padrão de saúde atingível a todas as mulheres, compreendendo o direito a uma assistência digna, respeitosa e livre de violência durante toda a gestação e o parto.

Desse modo, o Ministério da Saúde estabelece pela Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000 os direitos referentes ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, ao acompanhamento pré-natal adequado, à assistência ao parto e ao puerpério realizada de forma humanizada e segura, e o direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto (BRASIL, 2000).

Convém ressaltar que além dos direitos relativos à saúde, a mulher gestante-puérpera possui direitos trabalhistas, como a garantia da manutenção do emprego — desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto —, a licença-maternidade e o direito de mudança de função ou setor se representar ameaça para a saúde da mãe ou do bebê. Assim como direitos sociais, tais quais, prioridade em atendimentos, filas e assentos em transportes públicos (SILVA; MACHADO, 2019).

Sales *et al.* (2019) apontam que a via de parto acarreta repercussões futuras na vida da mãe e do bebê, apresentando riscos e benefícios. Portanto, o profissional de saúde que acompanha a mulher durante o período gravídico-puerperal deve fornecer informações e orientações acerca dos tipos de parto e suas repercussões. Embora a escolha da via de parto baseie-se em motivos clínicos e situações específicas, é direito da gestante conhecer sobre seu tipo de parto e todos os seus benefícios e malefícios.

A Lei Federal nº 11.108 de 07 de abril de 2005 assegura o direito a acompanhante desde a entrada na maternidade, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços de saúde do SUS e rede credenciada. Em 03 de junho de 2008, através da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a obrigatoriedade ao cumprimento da norma estendeu-se à Rede Particular de Saúde (CARIGÉ; SANTOS, 2021).

A mulher também possui o direito de escolher em qual posição parir, considerando qual posição é mais confortável e menos dolorosa durante o trabalho de parto. Ressalta-se, ainda, que não é permitido restringir ao leito parturientes com risco habitual, e as com alto risco faz-se necessário avaliar de acordo com as suas morbidades e risco materno-fetal (SILVA; SILVA, 2019).

2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO

A Política Nacional de Humanização (PNH) define humanizar como incluir trabalhadores, usuários e gestores nos processos de gestão e de cuidado, estimulando a produção de novos modos de cuidar e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2013). A humanização é um instrumento utilizado para extinguir a violência obstétrica, pois humanizar o nascimento envolve restituir o protagonismo do parto à mulher, assegurando o seu direito de conhecimento e escolha (OLIVEIRA E SILVA, 2019).

Em junho de 2000, foi instituído pelo Ministério da Saúde o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando assegurar melhorias no acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto e puerpério às mulheres e ao recém-nascido, baseando-se nos preceitos da humanização da assistência obstétrica e neonatal (DUAILIBE, 2021). A fim de reduzir as altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, por meio da qualificação da assistência, resgatando a dignidade e as práticas naturais do processo parturitivo (SILVA; SILVEIRA; MORAIS, 2017).

O Ministério da Saúde recomenda para a assistência pré-natal a incorporação de condutas acolhedoras, o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, livre de

intervenções desnecessárias, a detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional, o estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto, e o fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar voltado à gestação de alto risco (VEGA; SOARES; NASR, 2017).

Lopes *et al.* (2019) trazem que em razão da necessidade de qualificar e organizar a rede de assistência no ciclo gravídico-puerperal, foi instituída pelo Ministério da Saúde em 2011 a Rede Cegonha, uma estratégia organizada em quatro componentes. Santos e Araújo (2016) descrevem a Rede Cegonha como um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, atendimento adequado, seguro e humanizado a partir do momento em que é confirmada a gravidez, contemplando o pré-natal, o parto, e os dois primeiros anos de vida do bebê.

A estratégia organiza-se a partir dos componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico. Cada um desses componentes compreendem uma série de ações de atenção à saúde para a efetivação da rede de cuidados que assegura à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

A assistência pré-natal qualificada reduz a morbimortalidade materno-infantil, por meio da orientação e do encaminhamento adequado para cada momento da gestação (PINHEIRO, 2020). Assim, diz respeito ao componente Pré-Natal: realização precoce na Unidade Básica de Saúde; acolhimento às intercorrências gestacionais com classificação de risco; referência ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; realização dos exames de pré-natal e acesso aos resultados em tempo oportuno; vinculação ao local do parto; educação em saúde relacionada à saúde sexual e reprodutiva; prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis; e apoio nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local do parto (BRASIL, 2011b).

Pontes (2018) discorre que a garantia de práticas baseadas em evidências científicas e segurança na assistência, a suficiência de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais, a realização do acolhimento com classificação de risco, a garantia do direito a acompanhante — previsto em lei — durante o acolhimento e trabalho de parto, parto e pós-parto imediato integram o componente Parto e Nascimento.

Ao entrar no puerpério a mulher encontra-se vulnerável, e pela romantização cultural da maternidade algumas puérperas não se permitem pedir ajuda, acreditando que precisam dar conta de tudo para serem uma boa mãe negligenciam o autocuidado, tornando imprescindível o acesso a uma rede de acolhimento atenta aos sinais físicos e psíquicos. Nessa perspectiva, o

componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança estabelece o acolhimento e o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após o parto e consulta puerperal (ASSIS *et al.*, 2019). A promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, a busca ativa de crianças vulneráveis, a orientação e disponibilização de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011b).

Silva (2015) declara que a organização da Rede Cegonha deve possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, articulando os diversos pontos de atenção à saúde. Portanto, o componente Sistema Logístico refere-se ao transporte sanitário e a regulação, determinando o acesso ao Sistema de Atendimento Móvel de Urgência — SAMU Cegonha — com ambulâncias devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores; a implantação do modelo “Vaga Sempre” com a vinculação da gestante ao local do parto; a regulação de leitos obstétricos e neonatais, de urgências e a regulação ambiental (consultas e exames).

2.5 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PARTO HUMANIZADO

Almeida, Gama e Bahiana (2015) mencionam que em 1986 foi criada a Lei nº 7.498, que consolida a profissão do enfermeiro obstetra. Já na década de 90, com a finalidade de promover as práticas humanizadas na assistência e a inserção da enfermagem no campo obstétrico, o Ministério da saúde divulgou as Portarias nº 2815 e 163 que permitem a assistência ao parto de baixo risco pelos enfermeiros obstetras.

A Resolução do COFEN nº 516 de 2016 dispõe sobre a normatização de atuação e responsabilidade do Enfermeiro, do Enfermeiro Obstetra e da Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal, Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Ferreira (2018) esclarece que a atuação do enfermeiro no parto desenvolve-se na perspectiva de proporcionar maior segurança e conforto à parturiente, preconizando a escuta ativa e atenciosa desde o pré-natal. Através da criação de vínculo com a paciente a percepção das suas necessidades e medos é facilitada, e a partir disso o profissional intervém adequadamente a fim de proporcionar maior conforto e coragem para a mulher e seus familiares.

Constituem-se competências assistenciais da enfermagem em obstetrícia: proporcionar o devido acolhimento à mulher e acompanhante; promover uma assistência voltada para a

mulher com ambiência favorável a evolução fisiológica do parto, garantindo a presença do acompanhante de escolha da mulher; adotar práticas baseadas em evidências como métodos terapêuticos para o alívio da dor, liberdade na escolha de posição, contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, promover o aleitamento logo após o nascimento; avaliar as condições de saúde da mãe e do feto, intervindo adequadamente considerando a autonomia e o protagonismo da mulher (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Rodrigues (2020) refere que a enfermagem obstétrica está habilitada a prestar assistência ao parto normal de evolução fisiológica (sem distocia) e ao recém-nascido. Entretanto, o trabalho de parto e o parto podem evoluir de forma inadequada, exigindo um nível de atenção mais complexo, sendo necessária a transferência para a equipe médica.

Ao enfermeiro especialista e obstetrix competem, ainda, emitir laudos de Autorização de Internação Hospitalar (AIH); identificar as distocias e tomar as providências necessárias até a chegada do médico; realizar episiotomia e episiorrafia, aplicar anestésias locais somente quando houver necessidade; e acompanhar a mulher e o recém-nascido da internação até a alta (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2016).

Ritter, Gonçalves e Gouveia (2020) explanam a elevada incidência de práticas assistenciais benéficas para as mulheres e para os recém-nascidos em modelos de assistência obstétrica liderados pela equipe de enfermagem. Da mesma forma, o modelo colaborativo — integração do médico e do enfermeiro obstetra — de assistência ao processo parturitivo eleva o respeito à fisiologia do parto e ao protagonismo da mulher, estando associado a desfechos maternos e neonatais mais favoráveis.

3 METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura que se baseia na abordagem descritiva. De acordo com Matias-Pereira (2019), a pesquisa descritiva descreve as características de determinada população ou fenômeno, bem como estabelece relações entre variáveis. Cervo, Bervian e Silva (2007) afirmam que este tipo de pesquisa ocorre quando se registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos, sem manipulá-los. Buscando descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

Cabe a revisão integrativa da literatura reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema de maneira sistemática e ordenada ao percorrer seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa, 2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem ou busca na literatura, 3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, 4) avaliação dos estudos incluídos, 5) interpretação dos resultados e 6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Ainda segundo os mesmos autores, esse método permite a síntese de múltiplos estudos publicados, viabiliza conclusões gerais a respeito de uma área de estudo e aponta lacunas do conhecimento a serem preenchidas com a realização de novos estudos. Nessa perspectiva, proporciona aos profissionais de saúde dados relevantes de um determinado assunto, mantendo-os atualizados e facilitando as mudanças na prática clínica como consequência da pesquisa.

A busca foi desenvolvida no período de março a abril de 2022 em meio digital através da coleta de textos científicos nas seguintes bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Com o intuito de facilitar a pesquisa o operador booleano AND foi utilizado para combinar de diferentes maneiras os seguintes descritores: Violência Obstétrica, Parto Humanizado, Serviços de Saúde Materna e Autonomia Pessoal. Tais terminologias em saúde previamente consultadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Com isso, foram realizados os entrecruzamentos que resultaram na identificação de 220 artigos. Para a filtragem dos trabalhos estabeleceu-se como critérios de inclusão os artigos científicos encontrados na íntegra, redigidos em Língua Portuguesa, publicados nos últimos 5 anos (2017 a 2022), totalizando uma amostra de 59 artigos, destes foram excluídos os materiais

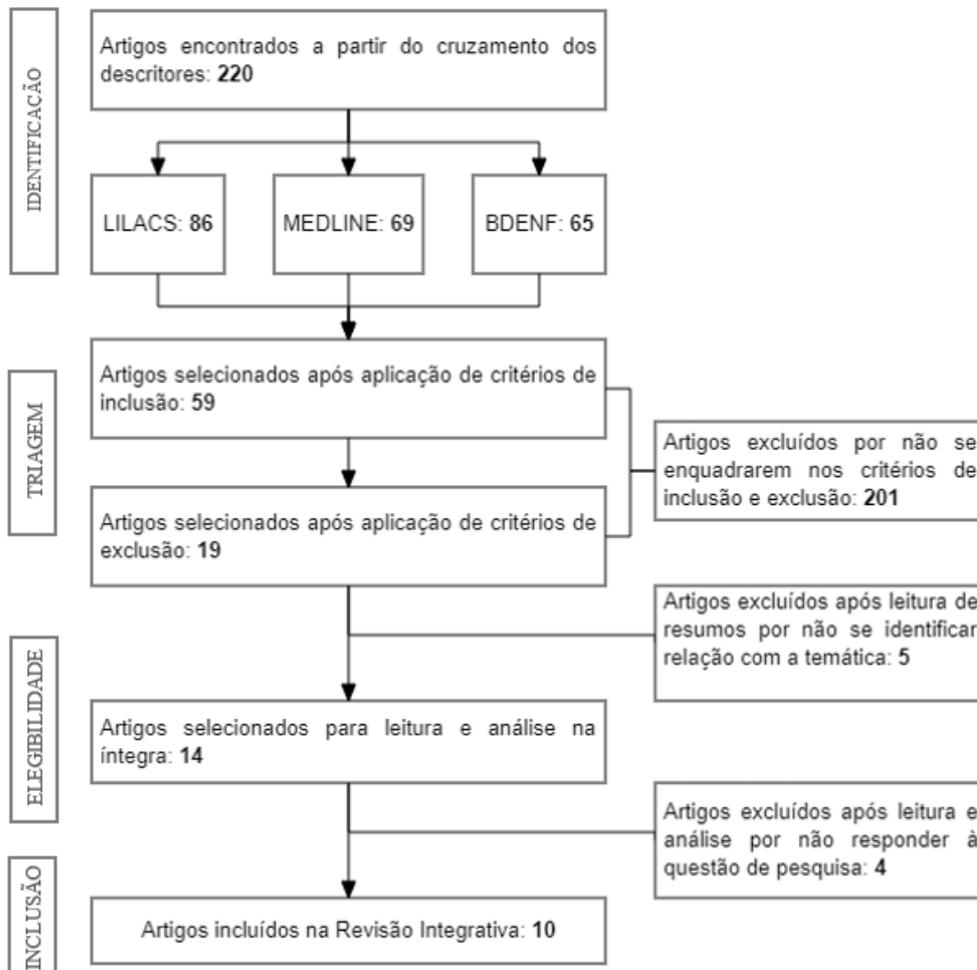
duplicados, monografias, dissertações, teses e artigos de revisão de literatura, resultando em 19 estudos para a leitura dos resumos com a finalidade de excluir aqueles não relacionados diretamente à temática pesquisada.

Assim, foram selecionados 14 artigos para leitura e análise dos textos completos. Após serem lidos e analisados na íntegra a amostra final foi constituída por 10 artigos. A partir da análise da amostra final foram identificados os principais eixos e contribuições de cada estudo, de maneira a emparelhá-los e promover o cruzamento destes.

Para isso, cada estudo recebeu uma numeração de identificação em uma tabela contendo também o título, os autores, o ano de publicação e o tipo de pesquisa. Os resultados foram apresentados em uma outra tabela contemplando os seguintes aspectos: a numeração designada ao artigo na primeira tabela, objetivos, bem como as principais evidências científicas que constam no estudo, isto é, seus principais resultados e conclusões sobre a temática em questão.

O fluxograma 1 traz o detalhamento desse processo de busca e seleção dos artigos.

Fluxograma 1– Seleção dos artigos



Fonte: Elaboração própria (2022).

4 RESULTADOS

Na análise da produção científica sobre a relação entre a violência obstétrica e a perda da autonomia materna no período gravídico-puerperal, foram encontrados dez artigos que fundamentam a discussão deste trabalho. Para facilitar a identificação eles foram organizados de acordo com uma numeração determinada para cada estudo e apresentados no quadro 2 destacando o título, autores, ano de publicação e tipo de pesquisa.

Quadro 2 – Identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa

Artigo	Título	Autores	Ano de publicação	Tipo de pesquisa
A1	Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto.	BITENCOURT, Angélica de Cássia; OLIVEIRA, Samanta Luzia de; RENNÓ, Giseli Mendes.	2021	Qualitativa, descritiva, exploratória e transversal
A2	Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha.	LAMY, Zeni Carvalho <i>et al.</i>	2021	Qualitativa
A3	O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições.	MENEZES, Fabiana Ramos de <i>et al.</i>	2020	Descritiva e exploratória de abordagem qualitativa
A4	Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente.	SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria.	2019	Qualitativa
A5	O saber de puérperas sobre violência obstétrica.	SILVA, Fabiana da Conceição <i>et al.</i>	2019	Qualitativa, descritiva, exploratória
A6	À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS.	PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecília.	2017	Qualitativa exploratória
A7	Violência obstétrica: percepções de	MIRANDA, Flávia Lima <i>et al.</i>	2019	Descritiva, exploratória de

	enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais.			abordagem qualitativa
A8	Assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão.	QUEIROZ, Rafaela Roque <i>et al.</i>	2019	Qualitativa-descriptiva
A9	Satisfação das puérperas atendidas em um Centro de Parto Normal.	SOARES, Yndiara Kássia da Cunha <i>et al.</i>	2017	Qualitativa, descritiva e exploratória
A10	A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num Centro de Parto Normal.	JACOB, Tatianni de Nazaré Oliveira <i>et al.</i>	2022	Descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Os estudos selecionados foram publicados em anos diferentes, com maior ocorrência no ano de 2019. A pesquisa qualitativa foi predominante dentre os tipos de pesquisas, sendo a qualitativa descritiva e exploratória a mais comum.

A seguir, encontra-se disposto o instrumento utilizado para a síntese de evidências científicas elegido para nortear a discussão, dispondo da apresentação dos objetivos, principais resultados e principais conclusões de cada artigo incluso nesta revisão integrativa.

Quadro 3 – Síntese das principais evidências científicas encontradas

Artigo	Objetivos	Principais resultados	Principais conclusões
A1	Conhecer o significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto.	A partir da análise dos dados foram elencadas seis categorias: não respeitar o protagonismo da mulher, intervenções desnecessárias, negar atendimento, relação profissional e parturiente conflituosa, agressão verbal, e desconhecimento de profissionais e parturientes.	Verificou-se que os profissionais conhecem o significado de Violência Obstétrica, pois as suas falas corroboram com a literatura e retratam a realidade nas maternidades. Para a maioria a violência obstétrica é o desrespeito da mulher como protagonista do processo parturitivo.
A2	Avaliar as práticas de atenção ao parto e nascimento em	Identificou avanços na implantação de boas práticas na gestão do	Foram evidenciadas mudanças em direção às boas práticas

	maternidades do N e NE brasileiros na percepção de avaliadores da RC, buscando melhor compreensão dos desafios presentes nos serviços.	cuidado e atenção à saúde, embora algumas maternidades ainda reproduzam um modelo hierárquico, sem espaços colegiados de gestão e com práticas de violência obstétrica. Na perspectiva dos profissionais, o binômio risco-segurança autoriza intervenções sem explicações ou solicitações.	preconizadas pela Rede Cegonha, porém muitos desafios frente ao predomínio de um modelo de gestão hierárquico associado a um modelo de atenção com práticas intervencionistas. Reforçou a importância da atenção primária na construção do protagonismo e autonomia das mulheres a partir da educação em saúde.
A3	Compreender a vivência e o conhecimento sobre violência obstétrica dos residentes em Enfermagem Obstétrica de uma maternidade de referência do município de Belo Horizonte.	Da análise dos dados emergiram três categorias: condutas inadequadas de assistência ao parto; procedimentos desnecessários com finalidades didáticas e/ou iatrogênicas; e preconceito de gênero, raça/etnia e de classe socioeconômica. Os achados apontam que a hierarquia e autoridade dos profissionais permitem rotinas institucionais que violavam os direitos das mulheres.	O estudo aponta que as residentes reconhecem a prática da violência obstétrica no processo de formação e suas repercussões para a mulher e, ainda, evidencia a necessidade premente de investimento institucional em espaços que promovam discussões sobre a violência obstétrica.
A4	Identificar a percepção dos médicos que acompanham partos em uma maternidade pública e humanizada, sobre este tema polêmico e atual, aprofundando a reflexão nos aspectos da relação humana e médico-paciente, entendendo serem estas as formas mais sutis e menos compreendidas de manifestação de VO/VI.	Abordou-se os aspectos da violência obstétrica na dimensão da relação humana e médico-paciente, que envolve: a interação no encontro, os limites da autonomia da mulher na perspectiva do profissional, os desafios quando há divergência de opinião na tomada de decisão, bem como reflexões sobre a violência à qual o profissional se percebe submetido.	Evidenciou que a relação humana estabelecida na assistência ao parto é permeada de sentimentos, emoções e julgamentos. Quanto à autonomia e tomada de decisão compartilhada, observou-se que, em teoria, os médicos acreditam que toda mulher tem direito de exercer sua escolha, mas, quando há divergência de opinião, a autoridade médica deve ser respeitada, tendo como fundamento o bom desfecho para a mãe e o bebê.

A5	Analisar os saberes de puérperas sobre violência obstétrica.	Emergiram-se, a partir das falas das participantes, três categorias: (des) conhecimento de puérperas sobre violência obstétrica; experiência da violência obstétrica no parto e estratégias de prevenção da violência obstétrica.	Percebeu-se que a violência obstétrica ainda é pouco reconhecida enquanto um ato violento. Ressaltando a importância de abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto.
A6	Explorar as particularidades locais das experiências de usuárias de uma maternidade pública na cidade de Porto Alegre/RS.	Constatou uma fragmentação das práticas humanizadoras, atreladas a inflexibilidade perante protocolos de manejo do parto. A supervalorização de tecnologias/práticas intervencionistas no corpo da mulher, assim como as hierarquias entre profissionais e usuárias. Sentimentos e sensações das mulheres em relação ao parto pareciam não ser contemplados.	Identificou práticas de violência obstétrica, muitas vezes banalizadas pelas próprias mulheres, em consonância ao que elas esperavam de um atendimento público. Essas situações parecem reforçar hierarquias reprodutivas, deixando essas gestantes “à margem da humanização”.
A7	Identificar as percepções dos enfermeiros obstétricos acerca da violência obstétrica em sua prática profissional em uma maternidade filantrópica de Belo Horizonte.	As percepções de enfermeiros obstétricos sobre a violência obstétrica, apontam desde a violência verbal e física, como também o desrespeito à autonomia da mulher, as intervenções desnecessárias, além de reconhecerem também as repercussões na mulher. As situações de violência obstétrica vivenciadas por enfermeiros obstétricos, aponta violências praticadas por outros profissionais, como também na sua prática profissional.	Evidenciou a necessidade de percepção e reconhecimento da violência obstétrica por parte dos enfermeiros obstétricos na sua prática profissional, pois uma das iniciativas relacionadas a humanização da assistência obstétrica é o novo modelo de assistência ao parto e nascimento que se fundamenta na atenção prestada por este profissional.
A8	Conhecer a percepção das mulheres submetidas à cesariana por parada de progressão do trabalho de parto sobre a assistência prestada em um hospital	Foram entrevistadas 16 enfermeiras obstétricas, com idades entre 25 a 69 anos. O tempo de experiência em enfermagem obstétrica das mesmas com variação entre 2 e 22 anos. A partir da organização dos	Percebeu-se que as enfermeiras obstétricas reconhecem a existência da violência obstétrica na sua prática e na de outros profissionais, e suas repercussões na mulher. As entrevistadas

	universitário do Sul do Brasil.	discursos emergiram as seguintes categorias: Percepções de enfermeiros obstétricos sobre a violência obstétrica e Situações de violência obstétrica vivenciadas por enfermeiros obstétricos.	definiram a violência como violência verbal e física, desrespeito à autonomia da mulher, além de também caracterizarem as intervenções desnecessárias como forma de violência.
A9	Analisar a satisfação das puérperas atendidas em um Centro de Parto Normal.	Constatou-se satisfação das puérperas com a assistência recebida, sobretudo pelo apoio contínuo das enfermeiras obstetras, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo à autonomia e direito a acompanhante. Enaltecem ainda o ambiente por ser privativo, seguro e calmo.	As puérperas mostraram-se satisfeitas em relação ao atendimento oferecido pelo Centro de Parto Normal devido à adesão às boas práticas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde, legitimando-se como local apropriado para o parto e nascimento.
A10	Compreender a percepção da atuação das enfermeiras obstétricas em relação à assistência às mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal.	A percepção do cuidado atribuído à enfermagem obstétrica se fundamenta no campo da humanização do pré-natal e nas ações de cuidado alinhadas às evidências científicas, fisiológicas e de autonomia da mulher no cuidado obstétrico.	A enfermagem obstétrica possui como foco a humanização centrada nas evidências do parto, o que fomenta um redesenho da assistência obstétrica.

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

5 DISCUSSÃO

Conforme os artigos selecionados, a autonomia refere-se tanto a capacidade e condições concretas que permitem à mulher tomar livremente as decisões que afetam sua vida, quanto ao poder de agir segundo essas decisões. A violação da autonomia no período de gestação e parto revela-se na impossibilidade da mulher de participar ativamente das decisões sobre seu processo gestacional e de parturição, na falta de humanização da assistência e na realização de práticas invasivas sem evidências de benefício real. Tornando-a frágil e submissa a um contexto que a fragiliza, descaracteriza e violenta. Diante disso, a violência obstétrica é caracterizada como um desrespeito à autonomia (MIRANDA *et al.*, 2019).

Bitencourt, Oliveira e Rennó (2021) consolidam esse conceito ao caracterizar a violência obstétrica como ações que impedem a mulher de exercer o papel principal durante o processo parturitivo. De modo que a falta de explicações, orientações e o medo do que será realizado retira dessa mulher o poder sobre seu corpo e propicia a passividade, extraindo sua autonomia durante o trabalho de parto e parto. Portanto, é consenso entre esses autores que o desrespeito ao protagonismo da mulher é uma forma de manifestação da violência obstétrica.

De acordo com a perspectiva de profissionais da saúde, essas ações são justificadas diante do risco e da necessidade de salvar vidas. No estudo realizado por Lamy *et al.* (2021), os profissionais alegaram que a falta de explicações sobre as condutas realizadas está autorizada — e não se caracteriza como violência — perante a garantia da segurança no parto. No Brasil e na América Latina a violência está presente como ferramenta pedagógica, o desrespeito à autonomia da mulher é naturalizado mediante a necessidade de ensino, que é tida como mais importante que a autonomia ou a integridade das parturientes.

Corroborando a isso, Menezes *et al.* (2020) apontam que no Brasil ainda se exige um certo número de procedimentos do aluno em sua formação, resultando no uso não informado e não consentido dos corpos das parturientes mais pobres e usuárias do SUS para o treinamento de habilidades. Observando-se uma prática de exames vaginais repetitivos, episiotomia e fórceps sem justificativa clínica apenas com finalidade didática. Embora naturalizadas na rotina tais práticas de ensino obstétrico incidem sobre o corpo da mulher causando dor e dano físico e emocional.

A concepção das mulheres pactua com a dos profissionais quanto ao fator segurança, pois partem do pressuposto que intercorrências ocorrerão, requisitando a intervenção do médico obstetra. Em razão disso é corriqueiro nas maternidades a passividade das mulheres que direcionam ao profissional os processos decisórios e a condução do trabalho de parto. Assim, o

elevado índice de intervenções obstétricas e de cesarianas nas maternidades brasileiras decorrem do modelo assistencial que não propicia a parturiente e seu acompanhante a participação nas decisões acerca do processo parturitivo, o modelo em que a autonomia da mulher não é estimulada (QUEIROZ *et al.*, 2019).

Ao estudar a percepção dos médicos acerca da violência obstétrica Sens e Stamm (2019) observam que os entrevistados reconhecem o direito da mulher de questionar, escolher e opinar sobre os procedimentos indicados pela equipe. No entanto, a atuação da mulher na decisão compartilhada — que deve respeitar os direitos reprodutivos dessa mulher considerando as evidências científicas — é apenas uma idealização, pois na prática a autonomia da mulher é limitada. Isso decorre do modelo vigente nas instituições que tem o médico como detentor do conhecimento, e uma vez informada quanto a decisão do profissional a mulher deve submeter-se a essa conduta sem questionamentos.

Abordando a hierarquia e autoridade profissional presente nas instituições, Menezes *et al.* (2020) evidenciam a soberania do saber dos profissionais de saúde sobre o corpo da mulher opondo-se ao que determina a Defensoria Pública do estado de São Paulo, que antes da realização de todo procedimento ou ação na paciente é dever do profissional de saúde explicá-lo, pertencendo à mulher o direito à recusa ou consentimento livre, voluntário e esclarecido sobre os procedimentos a serem realizados em seus corpos em qualquer unidade de assistência, seja em hospital público, privado ou de ensino.

Outro obstáculo para a implementação da autonomia materna é a violência institucional. A falta de estrutura, de recursos humanos e a superlotação são apontadas pelos profissionais como responsáveis pela violação de direitos, contribuindo para a sobrecarga e precarização das condições de trabalho, além de impossibilitar a privacidade, o direito a acompanhante, e a oferta de métodos não farmacológicos para a dor (LAMY *et al.*, 2021).

Pedroso e López (2017) explicam que as mulheres esperam do atendimento público de saúde uma estrutura precária e um tratamento inadequado por parte dos profissionais. Contribuindo para que aquelas que são atendidas em hospitais públicos possuam um menor nível de exigência em relação a um atendimento de qualidade e valorizem a assistência que estão recebendo, independentemente de situações de violência.

Nesse contexto, a falta de informação e o medo de perguntar sobre os processos que serão realizados na evolução do trabalho de parto são predominantes entre as parturientes, logo, levando-as a se conformarem com a exploração de seus corpos por diferentes profissionais. A falta de conhecimento das parturientes é a razão pela qual a violência é pouco identificada. Evidenciando que a falta de orientação sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal é um

problema recorrente na assistência pré-natal, resultando na passividade no processo de condução de parturição e tornando-as mais propensas a sofrerem a violência obstétrica (SILVA *et al.*, 2019).

Diante do exposto, nota-se o quanto é indispensável o conhecimento da mulher mediante seus direitos. Jacob *et al.* (2022) explicam que a educação em saúde no pré-natal é fundamental para garanti-los, pois, uma vez informada quanto aos seus direitos e ao cuidado prestado nesse âmbito a mulher torna-se capaz de inibir intervenções no seu corpo. Quando a educação é compreendida como um fator essencial no pré-natal todo o processo se mostra mais eficiente, bem como garante-se uma maior autonomia.

Fornecer informações adequadas possibilita escolhas com mais autonomia e favorece o protagonismo no processo de parto. A participação em escolhas e práticas que envolvem o parto confere maior segurança e confiança para a parturiente. Enquanto, receber informações pertinentes às condutas promove o sentimento de valorização e inclusão no planejamento da assistência e a percepção do seu papel diante da parturição (SOARES *et al.*, 2017).

Em contrapartida, as mulheres informadas, preparadas e orientadas previamente para o parto, são tidas como facilitadoras da assistência apenas quando possuem bom relacionamento e confiam na equipe, sendo colaborativas e estando abertas ao diálogo. Por outro lado, se essas mulheres demandam sua autonomia não aceitando as prescrições médicas e as rotinas da instituição são consideradas inconvenientes e sua atitude é tomada como uma provocação, resultando na negligência por parte da equipe (SENS; STAMM, 2019).

Contudo, a qualificação do cuidado obstétrico resulta do modelo em que se respeita a fisiologia, as vontades e as expectativas das mulheres e promove a autonomia compartilhada (JACOB *et al.*, 2022). E para que a mulher seja protagonista do seu trabalho de parto, além de obter informações sobre o processo que está vivenciando, é necessária a mudança na atuação clínica dos profissionais para além de rotinas e procedimentos, estimulando a participação ativa da mulher e de seu acompanhante e proporcionando o suporte físico e emocional contínuo (QUEIROZ *et al.*, 2019).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, o presente estudo permitiu constatar que o desrespeito à autonomia da mulher no período gravídico-puerperal é uma forma de manifestação da violência obstétrica. Assim como, a perda da autonomia materna geralmente decorre da falta de conhecimento da mulher acerca de seus direitos resultando em sua submissão e passividade, o que também a torna mais propensa a sofrer a violência obstétrica.

Dessa forma, respondendo ao objetivo dessa pesquisa, a literatura científica nacional aborda a perda da autonomia materna como a expressão da violência obstétrica na prática. Assim como, responsabiliza essa falta de protagonismo da mulher como fator que propicia a ocorrência de ações assistenciais violentas.

A violência na assistência obstétrica ainda se revela nas evidências científicas atribuída a diversas causas. Porém, seja decorrente da falta de estrutura e recursos, da autoridade profissional ou utilizada como ferramenta pedagógica, é a falta de orientação sobre os direitos no ciclo gravídico-puerperal que impossibilita a mulher de reivindicar os seus direitos, evidenciando o importante papel transformador da educação em saúde.

Como limitação desse estudo, notou-se a insuficiência de artigos disponíveis relacionados diretamente à autonomia da mulher durante o período gravídico-puerperal, limitando-se na maioria das vezes aos demais aspectos da violência obstétrica.

Frente a esses achados, essa revisão traz importante contribuição para a área da saúde, especialmente no âmbito da assistência obstétrica, por explicitar as implicações da violência obstétrica sobre a autonomia feminina, assim como o principal meio para a prevenção desse problema. Logo, com essa pesquisa pretende-se que os profissionais reflitam sobre a temática, e exerçam um cuidado humanizado que fortaleça a autonomia materna durante a gestação, parto e puerpério.

Desse modo, propõe-se o desenvolvimento de mais estudos sobre essa temática, sobretudo com enfoque na restituição do protagonismo materno, que contribui para uma assistência humanizada e adequada para o cuidado a saúde no contexto da gestação, parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Olivia Souza Castro; GAMA, Elisabete Rodrigues; BAHIANA, Patricia Moura. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 4, n. 1, p. 78-90, 2015. Disponível em: <http://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/456>. Acesso em: 13 out. 2021.
- ANDRADE, Raquel Dully *et al.* Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, v. 19, p. 181-186, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/TJB8nBkghyFybLgFLK7XMpv/?lang=pt>. Acesso em: 26 set. 2021.
- ASSIS, Jussara Francisca de. Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 133, p. 547-565, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/JfVQpC8kyzshYtTxMVbL5VP/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 04 out. 2021.
- ASSIS, Thaís Rocha *et al.* Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, p. 843-853, 2019. Disponível em: <https://homologacao-reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1595>. Acesso em: 16 out. 2021.
- BITENCOURT, Angélica de Cássia; OLIVEIRA, Samanta Luzia de; RENNÓ, Giseli Mendes. Significado de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao parto. **Enferm Foco**, v. 12, n. 4, p. 787-793, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4614/1230>. Acesso em: 07 abr. 2022.
- BRASIL, Gisele do *et al.* Parto no Brasil: intervenção médica ou protagonismo da mulher?. **Scire Salutis**, v. 8, n. 2, p. 9-23, 2018. Disponível em: <http://www.sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/CBPC2236-9600.2018.002.0002/1269>. Acesso em: 27 ago. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 09 out. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho**, de 03 de maio de 2019. Brasília, 2019a. Disponível

em:

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 26 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ofício nº 296/2019/COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 07 de junho de 2019c. Disponível em: <http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/oficio-ms>. Acesso em: 05 out. 2021.

BRASIL. Ministério Público Federal. **Recomendação nº 29/2019**. São Paulo: Ministério Público Federal, 07 de maio de 2019b. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf/view. Acesso em: 05 out. 2021.

BRITO, Cecília Maria Costa de; OLIVEIRA, Ana Carolina Gondim de Albuquerque; COSTA, Ana Paula Correia de Albuquerque da. Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 120–140, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>. Acesso em: 27 set. 2021.

CARIGÉ, Eliane Cerqueira Neri; SANTOS, Aline Passos. Violência obstétrica: perspectiva de criação de lei municipal que contribua na efetivação dos direitos da gestante e da parturiente no município de Santo Antônio de Jesus/BA. **Revista Direito e Sexualidade**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 21-49, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revdirsex/article/view/42583/24887>. Acesso em: 09 out. 2021.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 516 de 23 de junho de 2016**. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência nos Serviços de Obstetrícia. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 16 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Processo-consulta CFM nº 22/2018 – parecer CFM nº 32/2018**. Brasília, 23 de outubro de 2018. Disponível em: <http://old.cremerj.org.br/downloads/835.PDF>. Acesso em: 05 out. 2021.

COSTA, Rayne da Conceição; GONÇALVES, Jonas Rodrigo. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, ano 2, v. 2, n. 4, p. 119-142, 2019. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/199/311>. Acesso em: 07 out. 2021.

CUNHA, Adriana Loureiro da *et al.* Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: o lado invisível do parto. **Revista Nursing**, v. 23, n. 260, p. 3529-3532, 2020. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/474/449>. Acesso em: 27 set. 2021.

CURSINO, Thaís Peloggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1433-1444, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1433-1444/pt>. Acesso em: 28 ago. 2021.

DUAILIBE, Elsa Galvão Bergê Cutrim. **“Parto humanizado” no Brasil: avaliação política do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. 2021. Tese (Doutorado em Políticas Públicas) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021. Disponível em: <https://tede2.ufma.br/jspui/bitstream/tede/3321/2/ELZA-DUAILIBE.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

FARIAS, Mariana Maria Pereira Cintra *et al.* Análise da violência obstétrica pela mulher: vivência e reconhecimento de procedimentos obstétricos associados. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 18425-18437, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/25122/20022>. Acesso em: 29 ago. 2021.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Nota de apoio da Febrasgo ao despacho do Ministério da Saúde sobre a utilização da expressão violência obstétrica**. [S.l.]: Febrasgo, 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>. Acesso em: 05 out. 2021.

FERREIRA, Thaiza Amorim. **Assistência de enfermagem no parto humanizado: percepção das puérperas atendidas no centro de parto normal de Ariquemes/RO**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, Ariquemes, 2018. Disponível em: <https://repositorio.faema.edu.br/bitstream/123456789/2283/1/ASSIST%C3%8ANCIA%20DE%20ENFERMAGEM%20NO%20PARTO.pdf>. Acesso em: 16 out. 2021.

FIRMINO, Klecianne da Costa *et al.* Percepção da mulher frente à dor do parto. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 87-101, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/18387/12531>. Acesso em: 27 ago. 2021.

FREITAS, Juliana Manoela dos Santos; NARCHI, Nádia Zanon; FERNANDES, Rosa Aurea Quintella. Práticas obstétricas em centro de parto normal intra-hospitalar realizado por enfermeiras obstetras. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/mSWXF8whLGGcWtkN5LRwVfP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 20 out. 2021.

JACOB, Tatianni de Nazaré Oliveira *et al.* A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/GYhvc6TGdgSzZMnFCQfBWXS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

KATZ, Leila *et al.* Quem tem medo da violência obstétrica?. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 627-631, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RDwVm7ZV3DksbRBsKLBwXjw/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2021.

LAMY, Zeni Carvalho *et al.* Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 951-960, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2021.v26n3/951-960/pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

LANSKY, Sônia *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2823, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/?lang=pt>. Acesso em: 04 out. 2021.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 17-32, 2014 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 nov. 2021.

LEITE, Maria Clara Pereira; MENDES, Daniela do Carmo Oliveira; MENDES, Priscila Aguiar. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres vítimas de violência obstétrica no médio norte Matogrossense. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 10, p. 77230-77249, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18078/14624>. Acesso em: 20 set. 2021.

LOPES, Giovanna De Carli *et al.* Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, p. 1-12, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/YXQKX8HZpHH4g8dTXycVp7Q/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 12 out. 2021.

MARQUES, Silvia Badim. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 97-119, 2020. Disponível em:

<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 04 out. 2021.

MARTINS, Eunice Francisca *et al.* Causas múltiplas de mortalidade materna relacionada ao aborto no Estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n1/e00133115/>

Acesso em: 26 set. 2021.

MATIAS-PEREIRA, José. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 23 out. 2021.

MENEZES, Fabiana Ramos de *et al.* O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. **Interface**, v. 24, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2020.v24/e180664/pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

MIRANDA, Flávia Lima *et al.* Violência obstétrica: percepções de enfermeiros obstétricos em uma maternidade de Minas Gerais. **HU Revista**, v. 45, n. 4, p. 415-420, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/27818/20178>. Acesso em: 07 abr. 2022.

NASCIMENTO, Evany Rosário do *et al.* Desafios da assistência de enfermagem ao parto humanizado. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – UNIT – SERGIPE**, v. 6, n. 1, p. 141-146, 2020. Disponível em:

<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/8008/3873>. Acesso em: 27 ago. 2021.

NUNES, Aryelly Dayane da Silva *et al.* Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6158/pdf>. Acesso em: 26 set. 2021.

ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado**. Tradução: Alexandre Ribondi. 1. ed. São Paulo: Tao, 1982. p. 129. Título original: Genèse de l'homme écologique: L'instinct retrouvé.

OLIVEIRA E SILVA, Lucília Mendes de. Violência obstétrica na operação cesariana: a necessidade de humanização do nascimento. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v. 5, n. 4,

p. 89–102, 2019. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/29489/20636>. Acesso em: 12 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 05 out. 2021.

PACHECO, Cecília Guiro. **Impacto das ações da rede cegonha na mortalidade materno infantil no estado de São Paulo**. 2018. Dissertação (Mestrado em Gestão e Saúde Coletiva) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2018. Disponível em:

http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/331447/1/Pacheco_CeciliaGuirou_M.pdf.

Acesso em: 29 ago. 2021.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização? experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1163-1184, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/Y9Vn9ZkqJdvb6jdhTwPnCFJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

PINHEIRO, Marta Maria. **Referência e contrarreferência no componente Pré-Natal da Rede Cegonha no município de Natal/RN**. 2020. Dissertação (Pós-graduação em Saúde e Sociedade) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020. Disponível em:

https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/31891/1/Referenciacontrarreferenciacomponente_Pinheiro_2020.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

PONTES, Nádia de Souza. **Avaliação dos indicadores da rede cegonha em um hospital terciário de referência em obstetrícia de Fortaleza**. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018. Disponível em:

http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/37713/1/2018_tcc_ndspontes.pdf. Acesso em: 16 out. 2021.

PULHEZ, Mariana Marques. A “violência obstétrica” e as disputas em torno dos Direitos sexuais e reprodutivos. *In*: Seminário Internacional Fazendo Gênero, 10., 2013, Florianópolis, **Anais eletrônicos** [...]. Florianópolis: UFSC, 2013. Disponível em:

http://www.fg2013.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/20/1386706264_ARQUIVO_MarianaMarquesPulhez.pdf. Acesso em 28 set. 2021.

QUEIROZ, Rafaela Roque *et al.* Assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, p. 1-8, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1204.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2022.

REIS, Carolyn Cristina *et al.* Percepção das mulheres sobre a experiência do primeiro parto: implicações para o cuidado de enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, v. 23, n. 2, p. 45-56, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370454976005.pdf>. Acesso em: 28 set. 2021.

RITTER, Simone Konzen; GONÇALVES, Annelise de Carvalho; GOUVEIA, Helga Geremias. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. **Acta Paul Enferm.**, v. 33, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/fnLqLxc9ymjW4kNFZFJ8z5h/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 out. 2021.

RODRIGUES, Vanessa Aparecida Domingos da Silva. **Transferência de cuidados da equipe de enfermagem obstétrica para equipe médica na assistência ao parto e ao nascimento: protocolo assistencial do hospital de clínicas da Universidade Federal de Uberlândia**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/31338/2/Transfer%20c3%a0aanciaCuidadosEquipe.pdf>. Acesso em: 16 out. 2021.

SALES, Ana Karla Cruz de Lima *et al.* Educação em saúde na atenção básica para gestantes e puérperas. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 197-202, 2019. Disponível em: <https://scholar.archive.org/work/7q3oqifw5jbsblts5xme2ediji/access/wayback/https://interface.s.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/download/660/pdf>. Acesso em: 09 out. 2021.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges *et al.* Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 61, p. 135-141, 2019. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6012/pdf. Acesso em: 07 out. 2021.

SANTOS, Heliane Fernandes Lourenço; ARAÚJO, Marlei Monteiro. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. **Revista Científica FacMais**, v. 6, n. 2, p. 54-64, 2016. Disponível em: <https://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%20C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%20C3%87%C3%83O-AO-PR%20C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

SANTOS, Renali Silva dos *et al.* Percepção de puérperas atendidas em um centro de parto normal público de Pernambuco. **Revista Nursing**, v. 24, n. 280, p. 6169-6173, 2021. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1774/2080>. Acesso em: 16 out. 2021.

SANTOS, Selena Denise Gil dos. **Experiência das mulheres no processo do nascimento em um hospital materno infantil**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma, 2020. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/8664/1/Selena%20Denise%20Gil%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2021.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. **Interface**, v.

23, p. 1-16, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/yMPTcmQQDRzbxYVvLvPRnKM/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 07 abr. 2022.

SILVA, Aline Oliveira; MACHADO, Valeska Berman. Mulheres Gestantes, Serviço Social e Direitos Sociais. In: FONSECA, Laura da *et al* (org.). **Hegemônicas: Perspectivas de Gênero em Debate**. 1. ed. Bagé, RS: Faith, 2019. p. 83-109. Disponível em:

<http://www.editorafaith.he.com.br/ebooks/grat/978-85-68221-49-5.pdf#page=83>. Acesso em:

09 out. 2021.

SILVA, Antonia Bárbara Barbosa; SILVA, Nilza Bezerra Pinheiro da. Posições de parto e a sua influência no alívio da dor: uma revisão integrativa. **Revista Ciências da Saúde**, São Luís, v. 21, n. 1, 2019. Disponível em:

<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rcisaude/article/view/11317/9443>.

Acesso em: 10 out. 2021.

SILVA, Fabiana da Conceição *et al*. O saber de puérperas sobre violência obstétrica. **Rev enferm UFPE on line**, v. 13, 2019. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242100/33740>>. Acesso

em: 07 abr. 2022.

SILVA, Livia Nornyam Medeiros da; SILVEIRA, Ana Paula Knackfuss Freitas; MORAIS, Fátima Raquel Rosado de. Programa de humanização do parto e nascimento: aspectos institucionais na qualidade da assistência. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 11, supl. 8, p. 3290-3294, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/110195/22085>. Acesso

em: 12 out. 2021.

SILVA, Maura Carolina Belomé da. **A implantação Rede Cegonha no estado do Rio Grande do Sul: avaliação do componente parto nascimento**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em:

<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143132/000991713.pdf?sequence=1>.

Acesso em: 16 out. 2021.

SOARES, Yndiara Kássia da Cunha *et al*. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, p. 4563-4573, 2017. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231195/25187>. Acesso em:

07 abr. 2022.

SOUTO, Raissa Emanuelle Medeiros. **Construção e validação de um questionário de identificação de violência obstétrica**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –

Universidade Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Redenção, 2020. Disponível em:

<https://repositorio.unilab.edu.br/jspui/bitstream/123456789/2056/1/RAISSA%20EMANUELE%20MEDEIROS%20SOUTO%20Disserta%20a7%20a3o.pdf>. Acesso em: 08 nov.

2021.

TELES, Liana Mara Rocha. **Efetividade de um material educativo na instrumentalização do acompanhante para a prestação de apoio à parturiente**. 2015. Tese (Pós-Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do

Ceará, Fortaleza, 2015. Disponível em:

http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/15632/1/2015_tese_lmrtles.pdf. Acesso em: 28 nov. 2021.

VEGA, Carlos Eduardo Pereira; SOARES, Vânia Muniz Néquer; NASR, Acácia Maria Lourenço Francisco. Mortalidade materna tardia: comparação de dois comitês de mortalidade materna no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 1-13, 2017. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/article/csp/2017.v33n3/e00197315/>. Acesso em: 12 out. 2021.