Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro, v.10, 2025
ISSN 2178-6925
DOI: 10.61164/rmnm.v10i1.3926

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: FATORES DESENCADEANTES E ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS

OBSTETRIC VIOLENCE: TRIGGERING FACTORS AND PREVENTIVE STRATEGIES

Valéria de Sousa Silva
Discente de Enfermagem.UNITPAC.
E-mail: vs974291@gmail.com

Elitelma Silva Sousa
Discente de Enfermagem.UNITPAC.
E-mail: elietelma@icloud.com

Luciana Alves da Costa
Doscente.UNITPAC.
E-mail: luciana.alves@unitpac.edu.br

Recebido: 28/04/2025 – Aceito: 20/05/2025

Resumo

Este estudo propõe uma análise da violência obstétrica — uma forma de agressão institucional que se manifesta durante o trabalho de parto e o nascimento, comprometendo a dignidade e a autonomia das mulheres. Para entender esse processo, é fundamental revisitar o histórico de discriminação e das práticas violentas dirigidas ao gênero feminino, que tradicionalmente, foi relegado a papéis submissos sob controle masculino. A conquista de direitos, como os garantidos pela Lei nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), busca assegurar a liberdade de decisão sobre o próprio corpo, a proteção física e os direitos reprodutivos das mulheres, contemplando, em situações extremas, o acesso ao aborto legal e a oferta de assistência pré-natal de excelência. Entretanto, a violência obstétrica persiste como reflexo das desigualdades de gênero, manifestando-se por meio de agressões físicas, danos psicológicos e falhas no atendimento institucional, o que impacta negativamente a saúde mental materna e dificulta o vínculo inicial entre mãe e bebê. A desinformação sobre os direitos das gestantes e a carência de marcos legais efetivos ampliam o risco de abusos. Nesse contexto, a educação em saúde e a conscientização acerca dos direitos no período do parto se tornam ferramentas essenciais para empoderar as mulheres, permitindo que reivindiquem uma assistência pautada no respeito e na humanização. O trabalho ressalta a necessidade de transformar a cultura presente nas práticas obstétricas, criando-se um ambiente em que a mulher se sinta protegida e ouvida. A cooperação entre profissionais de saúde, instituições públicas e sociedade civil é indispensável para assegurar partos livres de violência e de desrespeito, promovendo uma experiência de nascimento digna e igualitária para todas.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Assistência à parturiente. Direitos da mulher. Educação em saúde.

Abstract

This study proposes an analysis of obstetric violence — a form of institutional aggression that occurs during labor and childbirth, undermining women's dignity and autonomy. To understand this process, it is essential to revisit the history of discrimination and violent practices directed at women, who have traditionally been relegated to submissive roles under male control. The achievement of rights, such as those guaranteed by Law No. 11.340/2006 (the Maria da Penha Law), aims to ensure women's freedom to make decisions about their own bodies, physical protection, and reproductive rights, including, in extreme cases, access to legal abortion and high-quality prenatal care. However, obstetric violence persists as a reflection of gender inequalities, manifesting through physical assaults, psychological harm, and institutional care failures, which negatively affect maternal mental health and hinder the initial bonding between mother and baby. The lack of information about pregnant women's rights and the absence of effective legal frameworks increase the risk of abuse. In this context, health education and awareness of rights during childbirth become essential tools to empower women, enabling them to demand care based on respect and humanization. This work highlights the need to transform the current culture within obstetric practices, creating an environment where women feel protected and heard. Collaboration among healthcare professionals, public institutions, and civil society is crucial to ensuring childbirths free from violence and disrespect, promoting a dignified and equitable birth experience for all.

Keywords: Obstetric violence. Maternity care. Women's rights. Health education.

1 INTRODUÇÃO

O nascer de um filho é muito importante e expressivo, pois tem relação direta com a renovação da vida e é uma das experiências mais intensas na vida da mulher. A assistência oferecida à parturiente contribui diretamente na vivência positiva ou negativa deste processo de parturição e tem efeitos marcantes sobre a vida da mãe e do bebê. Sendo assim, o profissional deve ter como foco do cuidado as necessidades da mulher, levando em conta os seus direitos, autonomia e protagonismo (SILVA et. al, 2021).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a violência obstétrica como quaisquer condutas, ato ou omissão, em ambiente público ou privado, de maneira direta ou indireta, que submeta a apropriação sob o corpo e o processo reprodutivo da mulher, comprometendo sua dignidade, caráter, integridade, autonomia e liberdade. É um fenômeno que abrange questões de cunho social, como de gênero, raça, classe e institucional, que transforma ou substitui um processo natural e fisiológico por práticas predominantemente hierárquicas, intervencionistas e medicalizadoras, implicando na qualidade de vida das mulheres que vivenciam este tipo de violência (TRAJANO, 2021).

O termo “violência obstétrica” começou a surgir como uma preocupação e um conceito mais amplamente reconhecido nas últimas décadas. Refere-se a práticas

médicas ou de saúde que podem ser consideradas desumanas, desrespeitosas e abusivas em relação às mulheres durante o momento do parto, resultando em diversos impactos na saúde mental e física das puérperas (PEREIRA et. al, 2023; COSTA et. al, 2022)

A desinformação sobre o parto é um problema comum entre as gestantes, o que pode levar a ocorrência de atos desagradáveis durante o processo do nascimento do bebê. Dessa forma percebe-se a necessidade de que as futuras mães se informem durante o pré-natal sobre o trabalho de parto, parto e puerpério baseado em dados científicos atualizados para uma melhor autonomia e tomada de decisões frente a forma de nascimento. (OLIVEIRA et. al, 2020)

As transformações nas práticas obstétricas ao longo dos anos, juntamente com o crescimento dos relatos sobre violência obstétrica, evidenciam a importância desta revisão de literatura. O objetivo é oferecer informações precisas sobre essa questão e integrar conhecimentos na área obstétrica. Até agora, as revisões literárias não têm apresentado uma ampla gama de informações do ponto de vista dos profissionais de saúde sobre esse assunto, reforçando, portanto, a necessidade deste estudo.

Diante disso, o objetivo da pesquisa foi esclarecer as diversas dimensões do conceito de violência obstétrica, assim como identificar quais são as práticas inadequadas na atuação dos profissionais de saúde e quais abordagens podem ser adotadas para garantir um parto e um pós-parto saudáveis e seguros para a gestante e seu bebê e ressaltar o papel da enfermagem na criação de estratégias de prevenção.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, integrativa, exploratória, descrita, retrospectiva e quanti-qualitativa, destacando aspectos importantes deste fenômeno. A busca das publicações foi realizada por meio das bases de dados eletrônicas como: Biblioteca Virtual da Saúde – BVS, SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Base de Dados em Enfermagem), Conselho Federal de Enfermagem e Google Acadêmico, a partir do cruzamento dos seguintes descritores: Violência obstétrica. Assistência à parturiente. Direitos da mulher. Educação em saúde.

Essas bases de dados foram selecionadas por sua credibilidade e abrangência na área de saúde, garantindo publicações revisados de alta qualidade e relevância para o tema em questão.

Os critérios de inclusão, após leitura dos títulos e resumos, publicações disponíveis eletronicamente publicadas em português, inglês e espanhol, e que estavam no recorde temporal de 2012 - 2022; que contemplaram a questão da interação da díade; liberados gratuitamente; que abordaram os efeitos da DPP e cuidados de enfermagem. Foram excluídos os resumos, manuscritos de livros, capítulos de livros, editoriais, monografias, teses e dissertações, bem como as publicações repetidas, que não contemplaram o tema proposto, garantindo que o foco da pesquisa permanecesse claro e específico.

A análise dos dados coletados seguiu uma abordagem qualitativa, onde os principais achados foram organizados em categorias que refletissem as diferentes formas de violência obstétrica e suas consequências para as mulheres. Este método facilitou a identificação de padrões e lacunas na literatura, permitindo que o estudo contribua para o entendimento da realidade vivenciada pelas parturientes e a necessidade de intervenções efetivas.

Após a busca nas bases de dados, foram utilizados como estratégia para escolha dos estudos, as seguintes etapas: I – Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; II – Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; III – Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; IV – Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; V – Interpretação e discussão dos resultados; VI - Considerações sobre o tema e achados do estudo.

O método usado neste estudo permitiu uma crítica reflexão sobre a assistência obstétrica, destacando a importância da educação em saúde e da promoção dos direitos das mulheres, além de expor recomendações para a melhoria da prática profissional na área.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

A verdade é que a mulher sempre teve uma imagem negativa desde os tempos do Jardim do Éden. De acordo com as Escrituras Sagradas, Eva desobedeceu a Deus ao se alimentar do fruto proibido e persuadiu Adão a fazer o mesmo. A partir desse instante, ela passou a ser vista como alguém que não merece confiança e como a responsável pela entrada do pecado na humanidade.

Segundo Priore (2011, p. 35): “Eva cometera o pecado original ao comer o fruto proibido. O homem procurava um responsável pelo sofrimento, o fracasso, o desaparecimento do paraíso terrestre, e encontrou a mulher”.

A relação hostil e de dominação de gênero nos remetem às teorias aristotélicas (ROUDINESCO, 2003; *apud* SOUZA, 2013). Nelas, os humanos seriam divididos em três categorias, sendo que o homem era o senhor e pai; a mulher era a esposa e mãe e; o escravo que era “a coisa do senhor”, sendo desalmado e próximo ao animal. A mulher neste tempo estaria situada abaixo do homem e acima do escravo, ou seja, entre a intelectualidade/cultura e a animalidade, sendo um homem invertido que se submete aos comandos do senhor e que não deveria participar das questões sociais por haver certa irracionalidade dentre suas características (SOUZA, 2013).

Segundo Mendonça *et al.* (2020) todas as parcelas sociais estariam vulneráveis à violência, mesmo que essa exposição seja distinta segundo faixa etária, gênero e condições socioeconômicas.

Desde os primórdios vivenciamos um sistema patriarcal, de inegável submissão ao gênero dominante, no qual o homem detinha o poder econômico, político e sexual sobre a mulher. À mulher eram relegados alguns papéis a serem cumpridos, a mãe, a esposa, a cuidadosa, a reprodutora, a dócil, a honesta, e assim sua condição sempre esteve ligada a ideia de posse e submissão ao homem (DE JESUS, 2017).

A violência contra a mulher é um tema que ganhou grande relevância a partir da década de 1970 no Brasil e no restante do mundo, dispondo de ainda mais destaque no início do século XXI até os dias atuais. Ela pode ser definida, conforme a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (1994), ser “qualquer ação ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (BOURDIEU, 2020; BRASIL, 1994, 2006, SILVA, 2018).

3.2 LEGISLAÇÃO DE PROTEÇÃO A MULHER/GESTANTE

Os autores Nogueira e Severi (2017) relatam que no ordenamento jurídico brasileiro há diversas legislações com o intuito de proteger a mulher, garantir-lhe direitos e conferir respaldo além da Constituição Federal. Dentre as leis existentes, convém citar a Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), Código Penal que prevê diversas práticas delitivas como feminicídio (art. 121, § 2º, VI), lesão corporal (art. 129), entre outros crimes. Todavia, no que convém a violência:

> [...] pode-se destacar a ausência de leis e normas que tratem da violência obstétrica, seja responsabilizando os agentes de saúde e hospitais, seja garantindo Direitos Fundamentais à mulher no momento do pré-parto, parto e pós-parto. A ausência de legislação específica, além de dificultar a aplicação de punições aos agentes da violência obstétrica, também pode significar a não preocupação do Direito em relação aos temas que afetem a saúde física e psíquica da mulher. (NOGUEIRA; SEVERI, 2017, p. 5).

Os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal muitas vezes têm sido infringidos pelas instituições e profissionais de saúde, caracterizando assim a violência institucional. A assistência obstétrica vigente atualmente é permeada pela impossibilidade das mulheres exercerem sua autonomia e também pela elevação de intervenções técnicas, tecnológicas e uso da cirurgia cesariana (REIS *et al*., 2017).

Em muitos países, a violência obstétrica é reconhecida como uma violação dos direitos humanos. No Brasil, por exemplo, a Lei do Acompanhante (Lei nº 11.108/2005) garante à parturiente o direito à presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. No entanto, a aplicação e fiscalização dessas leis ainda são deficientes (DOMINGUES *et al*., 2014).

Provar a culpa em tais casos não é tarefa fácil, pois as razões mencionadas anteriormente o tornam uma questão técnica complexa que requer o testemunho de um especialista. Outro profissional médico é frequentemente chamado para fornecer tal testemunho, o que poderia potencialmente absolver seu colega culpado de qualquer delito. Isso torna a tarefa de produzir provas sólidas ainda mais desafiadora para o juiz (CAVALIERI FILHO, 2020).

A lei federal número 11.108, criada no ano de 2005, que estabelece o direito da gestante de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e no sistema particular foi garantindo a essas mulheres (MARTINS *et al*, 2022).

É importante ressaltar que no Brasil há algumas promoções de saúde pública para uma melhor assistência e amparo a mulher durante a gestação e parto com o objetivo de prevenção. São esses os programas: Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000), Lei do Acompanhante (2005), Rede Cegonha (2011) e Diretriz Nacional de Atenção a Gestante (2015/2016), apesar de que no Brasil não existe uma lei especifica que aborde a tese. (LEITE *et al.*, 2022).

3.3 GRAVIDEZ

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2025), a gravidez começa quando um óvulo é fertilizado por um espermatozoide. Ao longo de nove meses, o corpo da mulher grávida cria um ambiente seguro e nutritivo para que o óvulo fecundado se desenvolva em um feto. Se a menstruação de uma mulher, que normalmente é regular, atrasa por uma semana ou mais, há uma chance de que ela esteja grávida. Entre os sinais mais comuns da gravidez, estão: aumento e sensibilidade nos seios, náuseas, com episódios ocasionais de vômito, necessidade frequente de urinar (sem dor), cansaço extremo e mudanças no apetite.

A contagem do tempo de gestação, ou idade gestacional, é feita em semanas, sendo que uma gravidez típica dura cerca de 40 semanas. Em algumas situações, o médico pode anotar tanto as semanas quanto os dias, quando é importante ter precisão (por exemplo, 30 semanas e dois dias). A gravidez é dividida em três trimestres, baseando-se na data da última menstruação: Primeiro trimestre: abrange até 13 semanas e 6 dias de gestação; Segundo trimestre: varia entre 14 semanas e 27 semanas e 6 dias; Terceiro trimestre: a partir de 28 semanas até o momento do nascimento.

Um parto que ocorra até três semanas antes ou duas semanas depois da data estimada é considerado normal. Nascimentos realizados antes da 37ª semana são classificados como prematuros, enquanto aqueles que acontecem após a 42ª semana são considerados pós-termo. A depender do local onde ocorre a implantação do embrião, a gravidez pode se classificada em: Gravidez tópica: a implantação do embrião ocorre na cavidade uterina; Gravidez ectópica: também é conhecida como gravidez extrauterina, essa implantação embrionária se dá fora do útero (trompas ou outros locais).

Na dependência do número de embriões, a gravidez pode ser: Gravidez única: apenas um embrião; Gravidez múltipla (gemelar): presença de dois ou mais bebês.

Quanto ao risco gestacional, a gravidez pode ser: Gestação de risco habitual: é aquela na qual, após avaliação pré-natal, não se identifica maiores riscos de complicações para mãe e/ou bebê; Gestação de alto risco: é aquela na qual se identificam doenças maternas prévias ou mesmo adquiridas durante a gestação podem colocar em risco a vida materna e/ou fetal (hipertensão, diabetes, anemias graves, problemas cardíacos, entre outras).

3.4 PARTO

Inicialmente o parto era de exclusiva responsabilidade da mulher, pois apenas as parteiras realizavam essa prática. Sabe-se que elas eram conhecidas na sociedade pelas suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico. Assim, os partos eram realizados no âmbito domiciliar, onde elas trocavam conhecimento e descobriram afinidades, sendo considerada incômoda à presença masculina durante a parturição (CASTRO, ROCHA, 2020).

O parto é um evento fisiológico, emocional e social. Fisiológico pois o corpo da mulher tem um mecanismo organizado que favorece os bebês nascerem por via vaginal, de forma natural. Emocional pois o parto vem carregado de medos, angústias, alegrias, incertezas e inseguranças: um momento em que a mulher fica frente a frente com ela mesmo, com suas sombras e se depara com sua força; E, por fim, social pois envolve as famílias, suas histórias e a sociedade como um todo (CARVALHO *et al.*, 2019).

O parto é um momento significante na vida das mulheres, o nascimento de um filho agrega experiências importantes para ela e seus familiares, é algo que será lembrado por toda a vida. Entretanto para um número considerável de mulheres essas lembranças são marcadas por situações de violência no trabalho de parto, parto e puerpério (NUNES *et al.*, 2020).

O parto cesáreo e o parto vaginal, são as alternativas disponíveis, e espera-se que a mulher tenha o direito de avaliar os riscos e benefícios para ter sua própria opinião (JUNIOR, STEFFANI, BONAMIGO, 2013).

Conforme definido pela OMS, o parto vaginal, popularmente conhecido como parto normal, ocorre quando o feto é expelido através do trato genital feminino, após a gestação alcançar sua viabilidade. Nesse contexto, o bebê passa pelo canal vaginal durante o trabalho de parto, sem a necessidade de intervenções cirúrgicas, como a cesárea. O parto vaginal começa de forma espontânea, livre de procedimentos cirúrgicos ou complicações, e deve priorizar o bem-estar e os direitos tanto da parturiente, quanto do bebê (OPAS/OMS, 2018).

Entre as indicações da cesariana destacam-se tais situações: posição inadequada da cabeça do bebê, ou grande relacionado ao tamanho da pelve da mãe; gravidez gemelar; mães contaminadas com doenças sexualmente transmissíveis; placenta prévia; cirurgias uterinas prévias; trabalho de parto prolongado; sinais de sofrimento fetal durante o parto normal; hemorragia intensa; entre outras (BARRAL *et al.*, 2020).

Observa-se que o apoio integral durante o trabalho de parto auxilia em uma melhor experiência acerca do parto e em um melhor desempenho em mulheres e bebês no período que sucede o parto, podendo estar associado a menor ocorrência de hemorragias, eventos tromboembólicos e sepses (ANNBORN; FINNBOGADÓTTIR, 2022).

Durante o trabalho de parto, o médico deve tomar atitudes que preservem a vida da mãe e de seu filho, de modo a causar o menor dano possível. Algumas condutas consideradas intervencionistas durante a assistência ao trabalho de parto podem gerar melhores resultados obstétricos, e são eficazes na redução de resultados perinatais adversos, quando empregadas de acordo com as indicações apropriadas (BITENCOURT; OLIVEIRA; RENNÓ, 2022).

3.5 VIOLÊNCIA OBSTETRICA

O termo violência obstétrica tem sido utilizado desde o reconhecimento dessa violação à mulher, sendo definido como uma apropriação do corpo feminino e sua autonomia reprodutiva, durante o processo pré-parto, parto e pós-parto, por profissionais de saúde, expondo as mulheres a comportamentos desumanizados, usam de procedimentos dolorosos ou embaraçosos, bem como drogas

desnecessárias, substituindo o processo natural do nascimento em patológico e usando atitudes abusivas em relação ao estado psicológico das mulheres (CASTRO, ROCHA, 2020).

As atitudes dos profissionais de saúde muitas vezes não são percebidas como violência obstétrica no momento em que ocorrem, tornando-se práticas já naturalizadas pelas parturientes (COELHO; ANDRADE; ALMEIDA, 2020)

Conforme as informações descritas por Lopes (2020), a nomenclatura 'violência obstétrica' foi criada pelo Dr. Rogélio Perez D' Gregório, tendo sido reconhecida por toda extensão global em 2010 e em 2019 pelo Ministério da Saúde. Convém detalhar sobre o que se trata a violência obstétrica:

> Uma mulher sofre violência obstétrica quando os profissionais de saúde se apropriam do seu corpo e realizam procedimentos desumanos, causando perda da autonomia e a capacidade das mulheres de decidir sobre o próprio corpo, sem conclusões cientificas [sic], causando consequências na qualidade de vida das mulheres e como consequência a qualidade de vida do bebê também. (DUTRA, 2017, p. 14).

A violência institucional que ocorre nas maternidades é denominada violência obstétrica, termo usado para todas as formas de violência e danos que ocorrem durante a assistência obstétrica. Caracteriza-se por desrespeito aos direitos da mulher e apresenta várias formas como: a omissão, a negligência, a violência física, a psicológica, abusos sexuais, uso de intervenções e medicamentos sem evidências científicas e outras situações que geram sofrimento para as mulheres e podem prejudicar o seu filho (BITENCOURT *et al.*, 2022).

3.5.1 Tipos de violência obstétrica

Uma assistência inadequada ou violenta à gestante contribui de forma notória para a morbimortalidade de mulheres e crianças no período pós-operatório, sendo determinante para ocorrência de eventos indesejados (LAWRENCE; KLEIN; BEYUO, 2022).

Dentre as diversas formas de violência obstétrica, estão: abuso sexual durante o parto; negar o direito a acompanhante; comentários constrangedores à mulher; uso indiscriminado de ocitocina; privar opções de alívio da dor; restrição de nutrição e hidratação; impossibilitar deambulação; realização de procedimentos que forcem a

expulsão do bebê; cesarianas desnecessárias e sem consentimento; uso de fórceps; rompimento artificial da bolsa; impedir o contato imediato entre mãe e filho; secção precoce do cordão umbilical; impedir o aleitamento (TEIXEIRA *et al*., 2020).

Werner (2019) classifica como violência obstétrica por negligência, quando há uma dificuldade imposta durante o atendimento médico, ou atendimento mal sucedido, uso de intervenções desnecessárias. Diz respeito a atos ou omissões realizadas por profissionais da saúde que resultam em prejuízos aos pacientes, podendo ocorrer de maneira intencional ou não. Esse fenômeno pode se apresentar de diversas maneiras, tais como diagnósticos incorretos, intervenções inadequadas, cirurgias realizadas de forma deficiente, e a ausência de informações apropriadas para o paciente, entre outros aspectos.

Violência física é o uso da força, mediante socos, tapas, pontapés, empurrões, arremesso de objetos, queimaduras etc., visando, desse modo, ofender a integridade ou a saúde corporal da vítima, deixando ou não marcas aparentes, naquilo que se denomina. E se expressa através de procedimentos que infligem dor ou prejudicam o corpo da mulher, frequentemente sem respaldo em evidências científicas robustas. Exemplos disso incluem a manobra de Kristeller, o uso impróprio de oxitocina, a ausência de analgesia quando requerida, a limitação da alimentação e a imobilização da mulher. Quando essas intervenções são executadas sem uma justificativa clínica apropriada, podem causar consideráveis danos à saúde física das mulheres em um momento tão delicado e vulnerável. (CUNHA; PINTO, 2018).

A violência psicológica é entendida como qualquer ação verbal ou comportamento que provoque na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, medo, instabilidade emocional e insegurança. No campo da Psicologia, a violência contra a mulher, independentemente de sua natureza, compromete a saúde física, mas o foco está nas repercussões que vão além dos efeitos imediatos. O trauma impacta consideravelmente a saúde mental da mulher, especialmente durante o parto ou no pós-parto, que são momentos considerados psicologicamente turbulentos e suscetíveis para a gestante e o recém-nascido. É importante destacar que, muitas vezes, a violência psicológica está associada à violência verbal (SILVA, 2022).

Violência Sexual é delineada como toda atividade forçada à mulher que viole sua intimidade ou dignidade, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, tendo acesso as partes íntimas do seu corpo. Como exemplo a

episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, clister, cesariana sem fundamentação baseadas em evidencias médicas, ruptura ou descolamento de membranas sem o seu consentimento informado, imposição da posição para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento (APOLINÁRIO, 2017).

A violência institucional também é considerada como um tipo de violência de gênero no parto e aborto, sendo caracterizada como a oferta de uma estrutura inadequada, ou seja, a capacidade do hospital/maternidade em ofertar o melhor atendimento possível. Esta prática pode causar prejuízo das necessidades e dos direitos da clientela, por meio da proibição de acompanhantes, visitas com horários rígidos ou restritos, críticas ou agressões e realização de procedimentos desnecessários, como cesarianas em excesso, coação, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos e procedimentos médicos não consentidos (CARDOSO *et al*., 2017).

É caracterizada a violência moral obstétrica enquanto toda ação verbal ou comportamental que acarrete a mulher sentimentos à desvantagens na qual há vulnerabilidade, abandono ou fragilidade, discorrendo, dentro do cenário obstétrico, quando os profissionais da saúde realizam comentários desagradáveis, discriminatórios e vexatórios. A violência moral é definida como o ato de caluniar ou difamar a vítima, ou ainda de ofendê-la publicamente, o que prejudica sua reputação e afeta sua saúde mental. Quando a vítima toma conhecimento do ocorrido, essa situação se configura também como violência psicológica. A violência moral se manifesta por meio de um tratamento desumanizador, que envolve o uso de linguagem inadequada e agressiva, além de discriminações, humilhações e exposições desnecessárias das mulheres, incluindo críticas a aspectos pessoais e particulares da gestante. (APOLINÁRIO, 2017).

A violência verbal é a mais cruel, acarreta a sensação de inferioridade, de diminuição, sentindo-se humilhada com comentários constrangedores e ofensivos à gestante, perda de integridade e dignidade, amargurando o momento do parto e marcando-o desfavoravelmente. Seja menosprezando a mulher por sua raça, idade, escolaridade, religião, crença, orientação sexual, condição socioeconômica, número de filhos ou estado civil, seja por burlar as escolhas da paciente para seu parto (BRANDT *et al*., 2018).

Conceitua-se violência moral o ato de caluniar ou difamar a vítima, ou de ofendê-la diante das pessoas, prejudicando sua reputação e abalando sua saúde psíquica. Na medida em que a vítima tem conhecimento do fato, constitui ao mesmo tempo em violência psicológica. A violência moral manifesta-se através de um tratamento desumanizado com o uso de linguagem inapropriada e rude, com discriminações, humilhações, exposições das mulheres, entre críticas quanto questões pessoais e particulares da gestante. Desta forma, constata-se que a violência moral obstétrica é, portanto, uma violência física, entre aflições durante o nascimento do bebê, bem como desconhecimento de alguns atos caracterizadores, e dessa forma passando a ser um dos tipos de violência obstétrica passando desapercebida pelas vítimas. Dessa forma, é preciso que seja discutida e reconhecida, quanto à um ato de violação aos direitos das mulheres, como punido esses infratores de acordo com o aparato jurídico oferecido, mas, principalmente, eliminada (LIMA; ALBUQUERQUE, 2019).

3.6 CONSEQUÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

As mulheres vítimas de violência obstétrica podem apresentar traumas em diversas formas e situações: Ansiedade, tristeza e angústia desencadeando uma depressão, problemas conjugais afetando a vida sexual do casal, pois, a intimidade da mulher foi violada durante o parto, iatrogenia, medo de hospitais, aversão a ter outra gravidez, e afetar o desenvolvimento do bebê, já que a interação mãe-bebê foi negligenciada pelos abusos sofridos (CARVALHO *et al.*, 2019).

A depressão pós-parto é uma consequência frequente da violência obstétrica, onde a maioria das mulheres que passaram por uma história de parto traumático apresentaram sintomas depressivos nas primeiras semanas após o parto. Desta forma, a depressão pós-parto pode ser diretamente associada à violência institucional sofrida pela mulher por meio dos procedimentos obstétricos e à falta de humanização dos profissionais presentes no parto (ASSIS; MEURER; DELVAN, 2021).

Categorizar a violência obstétrica não é tão simples, ela abrange não só maus tratos físicos ou verbais, mas incluem a negligência, negação na administração de medicamentos para alívio da dor, demora no atendimento ou recusa de internação na instituição de saúde, negação aos direitos da gestante, assim como procedimentos

desnecessários se entrelaçam nas diversas formas de violência obstétrica (LANSKY *et al*., 2019).

Embora os direitos na gestação, parto e pós-parto estejam garantidos pela legislação pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), se faz necessário ter a consciência da existência e do impacto que a violência contra a mulher gera, tanto nela quanto na sociedade como um todo, com prejuízos físicos, emocionais e econômicos, gerando custos nos sistemas de saúde para o desenvolvimento de ações de enfrentamento que envolvem diversos setores organizados em uma rede (SOARES, 2020).

3.7 AÇÕES PREVENTIVAS

Na prevenção contra os diferentes tipos de violências, a informação é necessária. Quanto mais informada a mulher estiver, mais possibilidades para o enfrentamento da situação violenta ela terá. Da mesma forma, quanto melhores informados estiverem os profissionais de saúde, mais capazes de agirem preventivamente serão. As cartilhas têm se mostrado como materiais efetivos para a promulgação de informações e de orientações para a população em geral. As cartilhas são utilizadas na educação em saúde, ao fornecerem informações complementares e favorecerem a autonomia de pacientes, sendo fáceis de serem consultadas e acessíveis. O fácil acesso e a disponibilidade para uma abordagem repetida às informações fornecidas, facilita, ao leitor, o entendimento e absorção do conteúdo oferecido e também são úteis ao processo de aprendizagem dos estudantes e profissionais (VIEIRA *et al*., 2022; DINIZ *et al*., 2022).

As práticas educativas em saúde mostram-se como uma estratégia de caráter efetivo quando o objetivo é ofertar informações a determinada clientela. É um recurso por meio do qual, o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, alcança o cotidiano das pessoas e se constitui como um conjunto de práticas para a promoção da saúde e prevenção de agravos (SILVA *et al*., 2019).

Para Lemos *et al*., (2019), é necessário “humanizar para superar” objetivando a promoção de partos saudáveis sem violência ou intervenções desnecessárias assegurando os direitos e privacidade da gestante e realizando procedimentos que são benéficos a saúde da mulher e do recém-nascido. O autor destaca ainda o protagonismo do enfermeiro nesse processo de humanização, pois, ele pode minimizar a frequência das técnicas invasivas evitando a ocorrência de infecções,

hemorragias e extensão do períneo, respeitando sempre a autonomia da mulher minimizando os riscos de ansiedade, medos, dúvidas e angústias na tentativa de proporcionar uma boa qualidade de vida para elas.

Nas Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto Normal, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a seção 6.2, intitulada “Cuidados gerais durante o trabalho de parto” aborda, sobre o estabelecimento da comunicação com a mulher, que é dever do profissional de saúde ler e discutir o plano de parto, sempre que a mulher tiver um, e levá-lo em consideração para a implementação. A orientação nas cartilhas sobre o plano de parto corrobora com a literatura atual e com as orientações oficiais dos órgãos de saúde, mas o plano de parto não é, ainda, uma ferramenta divulgada e acessível para muitos.

O pré-natal é uma ferramenta de aprendizado, de trocas de conhecimentos, experiências, em prol do melhor desenvolvimento do bebê e saúde da mãe. Assim, realizar educação em saúde a fim de prevenir a VO torna-se fundamental na diminuição dessa prática, empoderando a mulher acerca de seus direitos, preservando sua autonomia e fortalecendo sua autoconfiança frente à gravidez. (COSTA *et al.*, 2020)

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A avaliação e o discussão em torno do estudo sobre violência obstétrica e acolhimento à gestante evidenciam o quão intrincado e grave esse problema se mostra, afetando de modo direto a saúde corporal e psíquica das mulheres. O nascimento de uma criança representa, sem dúvida, representa um marco de enorme relevância e significado na existência feminina, e o modo como esse processo é conduzido pode gerar memórias positivas ou traumáticas, repercutindo tanto na mãe quanto no bebê.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência obstétrica como qualquer conduta que viole a dignidade e a autonomia da mulher durante o parto. Esse tipo de agressão não se restringe a lapsos técnicos, mas está fincado em padrões sociais que reforçam desigualdades de gênero e raça. As atitudes excessivamente medicalizantes e as intervenções mecânicas, abordadas no estudo, não apenas

suplantam processos biológicos naturais como também reproduzem uma lógica que desumaniza a mulher, tratando-a como mero objeto de procedimentos.

A falta de informações claras sobre o parto, conforme apontado por Oliveira *et al*. (2020), constitui um obstáculo relevante à autonomia feminina. Muitas gestantes não dispõem de dados confiáveis que as auxiliem a tomar decisões conscientes acerca de seu próprio parto. Isso ressalta a urgência de uma educação em saúde consistente e de fácil acesso, capaz de empoderar as mulheres para reivindicar seus direitos na sala de parto. A ignorância sobre esses direitos torna as mulheres mais suscetíveis a abusos e negligências.

Os contextos históricos de violência contra a mulher, descritos por Priore (2011) e Souza (2013), denunciam uma construção social que relegou o feminino ao papel de subalterno. Essa narrativa cultural não desapareceu com o passar do tempo, apenas se metamorfoseou, manifestando-se em variadas formas de agressão, inclusive na obstetrícia. Embora a Lei Maria da Penha seja um avanço importante no combate à violência de gênero, ela não prevê disposições específicas para coibir abusos obstétricos, o que evidencia a necessidade de dispositivos legais próprios para responsabilizar profissionais e instituições.

A revisão bibliográfica proposta reforça a urgência de examinar mais profundamente as práticas de assistência ao parto e as experiências relatadas pelas mulheres. É indispensável que os profissionais de saúde se comprometam com a construção de um ambiente de atendimento humanizado, no qual a gestante se sinta protegida e ouvida. A formação contínua desses profissionais, pautada em ética e respeito, é fundamental para evitar a reprodução de práticas lesivas.

Ademais, as diversas categorias de violência obstétrica — física, psicológica, sexual e institucional — mostram a amplitude dos abusos possíveis no contexto do parto. Cada tipo de violência acarreta implicações específicas para o bem-estar mental e físico das mulheres. A depressão pós-parto, por exemplo, é uma consequência frequentemente associada a esses episódios de violência, afetando não apenas a mulher, mas também a relação materno-infantil e o desenvolvimento do recém-nascido, conforme descrito por Assis *et al.* (2021).

Por fim, a adoção de medidas preventivas se mostra imprescindível. A educação em saúde deve ser priorizada: cartilhas informativas e ações educativas são ferramentas valiosas para que as mulheres conheçam e exijam seus direitos, sentindo-se mais seguras ao longo do parto. Além disso, as Diretrizes Nacionais de

Assistência ao Parto Normal precisam ser amplamente divulgadas e efetivamente implementadas, assegurando que as escolhas maternas sejam respeitadas.

Em síntese, a violência obstétrica se configura como um fenômeno complexo que demanda uma abordagem integrada, envolvendo educação, conscientização, aprimoramento legal e transformação cultural nas práticas de assistência ao parto. Apenas por meio da colaboração entre sociedade, profissionais de saúde e instituições será possível promover partos seguros, dignos e livres de violência para todas as mulheres.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica se manifesta por atitudes negligentes, opressoras e discriminatórias dirigidas às mulheres ao longo do ciclo gravídico-puerperal — do pré-natal ao parto e ao puerpério. Essa forma de agressão institucional evidencia não apenas o tratamento desumanizado, mas também profundas disparidades de gênero que historicamente colocam as mulheres em situação de fragilidade no ambiente de saúde. O predomínio do modelo biomédico, no qual o profissional é visto como autoridade incontestável, favorece intervenções desnecessárias, ignora as escolhas da gestante e desrespeita sua autonomia e dignidade.

Um dos principais catalisadores dessa violência é a carência de informação adequada durante o pré-natal. Sem orientações claras sobre direitos, procedimentos e alternativas, as gestantes ficam mais vulneráveis a abusos. Nesse contexto, a educação em saúde surge como um instrumento essencial de prevenção, permitindo que a mulher compreenda o processo de parto, identifique situações de desrespeito e exija um cuidado humanizado. A participação ativa de acompanhantes bem orientados também pode reforçar a proteção à parturiente.

Além disso, torna-se imprescindível investir na formação continuada dos profissionais de saúde, com ênfase em ética, direitos humanos e práticas centradas na mulher. A falta de atualização científica ou o desconhecimento da legislação vigente perpetua condutas agressivas que comprometem tanto a integridade física quanto o equilíbrio emocional da mulher, além de interferir no vínculo inicial com o recém-nascido.

Embora existam avanços legais — como a Lei do Acompanhante e outras medidas voltadas à humanização do parto — ainda faltam instrumentos específicos e mecanismos de fiscalização efetiva para coibir a violência obstétrica. A criação de políticas públicas mais rigorosas, aliada à responsabilização de profissionais e instituições, é urgente para assegurar a proteção das gestantes.

Transformar a realidade da assistência obstétrica no Brasil exige um esforço conjunto envolvendo profissionais de saúde, gestores, sociedade civil e as próprias mulheres gestantes. Cultivar uma cultura de respeito, acolhimento e empatia é fundamental para que o nascimento seja vivido como um momento de cuidado, segurança e celebração da vida — livre de julgamentos, violações e intervenções desnecessárias. Essa mudança representa um passo decisivo rumo a um sistema de saúde mais justo, equitativo e verdadeiramente centrado nas necessidades das mulheres.

REFERÊNCIAS

ANNBORN, A; FINNBOGADÓTTIR, H, R. Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto**. Elsevier Midwifery**, [S. l.], v. 102, p. 1-7, 2022

APOLINÁRIO, Vieira. **A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA COMPREENSÃO DE MULHERES USUÁRIAS DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE LINS**. Disponível em: http://www.unisalesiano.edu.br/biblioteca/monografias/61050.pdf.

ASSIS, Q.G; MEURER, F.; DELVAN, J.S. Repercussões emocionais em mulheres que sofreram violência obstétrica. **PsicolArgum,** [s. l.], p. 135-157, 2021. DOI http://dx.doi.org/10.7213/psicolargum.39.103.AO07.

BARRAL, F. E., COUTO, T. M., ALMEIDA, L. C. G., BISPO, T. C. F., OLIVEIRA, G. M., & WEBLER, N. (2020). Parto cirúrgico: as múltiplas experiências de mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, 34, e38128, 1-10. https://dx.doi.org/10.18471/rbe.

BRANDT, G. P., SOUZA, S. J. P., MIGOTO, M. T., & WEIGERT, S. P. (2018). Violência obstétrica: A verdadeira dor do parto. Revista Gestão & Saúde, 19(1), pp. 19-37. https://www.herrero.com.br/revista/19/01

BITENCOURT, A. C; OLIVEIRA, S. L; RENNÓ, G, M. Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto. **Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil**, Recife, v. 22, n. 4, p. 953-961, 2022.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro, 18º Ed., 2020.

BRASIL. **Gravidez, 2025** disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/gravidez

BRASIL. Ministério da Saúde (2017). **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**.https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

BRASIL. **Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher**, Decreto 1.973, de 1 de agosto de 1994.

BRASIL. **Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm.

CARDOSO, F. J. C. *et al*. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. **Rev enferm UFPE, Online**, v. 11, n. 9, p. 3346-53, 2017.

CARVALHO, Mariane Teixeira; BENINCASA, Miria. Depressão pós-parto e afetos predominantes na gestação, parto e pós-parto. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 23, n. 2, aug. 2019. ISSN 1981-8076.

CASTRO, A. T. B; ROCHA, S. P. Violência Obstétrica e os Cuidados de Enfermagem: Reflexões a Partir da Literatura. **Enferm. Foco**, 2020.

CAVALIERI FILHO, Sergio. **Programa de responsabilidade civil.** 14. ed. São Paulo: Atlas, 2020.

COELHO, J. A; ANDRADE, A. F; ALMEIDA, B.V. violência obstétrica: a agressão silenciosa nas salas de parto. **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v.5, n.9, p. 719-740, 2020.

COSTA, Lediana Dalla *et al*. Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 16, n. 1, 2022.

COSTA N. Y.; CORRÊA L. R. S.; PANTOJA G. X.; PENELA A. S.; SANTOS S. F. D.; FRANCOL. M.; ARAUJO N. de O.; de BARROS V. V.; COSTA P. V. D. P.; NOGUEIRA L. M. V. O pré-natal como estratégia de prevenção a violência obstétrica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 12, p. e4929, 31 dez. 2020.

CUNHA, R. S.; PINTO, R. B. Violência doméstica. 7. ed. **rev. e atual**. Salvador: Juspodivm, 2018.

DE JESUS, Lorena Rodrigues; SOBRAL, Rita de Cássia Cronemberg. Culpabilização da mulher: a perspectiva de policiais de uma delegacia especializada no atendimento à mulher. **Revista Ártemis**, João Pessoa, v. 23, n. 1, pp. 196-210, 2017

DINIZ, I. V., MENDONÇA, A. E. O., BRITO, K. K. G., ALBUQUERQUE, A. M., OLIVEIRA, S. H. S. O., COSTA, I. K. F., & SOARES, M. J. G. O. (2022). Health

education: A booklet for colostomized people in use of the plug. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 75(1). https://doi. org/10.1590/0034-7167-2021-0102

DOMINGUES, R. M. S. M., Santos, E. M., Leal, M. do C. (2014). As cesáreas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. ***Ciência & Saúde Coletiva***, 19(10), 4341-4350. DOI: 10.1590/1413-812320141910.20132013

DUTRA, J. C. **Violência obstétrica**: mais um exemplo de violação aos direitos das mulheres. 2017. 54 f. Monografia (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba. Departamento de Ciências Jurídicas, Santa Rita, 2017.

JUNIOR, T.L.; STEFFANI, J.A.; BONAMIGO, E.L. Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. **Rev. bioét.,** Joaçaba, ano 2013, v. 21, n. 3, p. 509-17, 16 ago. 2013

LANSKY, Sônia *et al*. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, Aug. 2019.

LAWRENCE, E. R.; KLEIN, T. J.; BEYUO, T. K. Maternal mortality in low and middle-income Countries. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 49, n. 4, p. 713-733, 2022.

LEITE, T.H.; MARQUES, E.S.; PEREIRA, A.P.E.; NUCCI, M.F.; PORTELLA, Y.; LEAL, M. C. **Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica**: um desafio para a epidemiologia e a saúdepúblicanoBrasil, 2020.Disponível:https://www.scielo.br/j/csc/a/vWq9rQQg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf&lang=pt

LEMOS T. A. B.; SepulvedraB. de A.; RezendeT. B. V. de; ChagasL. de C. C.; SilvaM. C. da C.; Meneses A. R. X.; Santos L. A. dos. Humanização como forma de superação da violência obstétrica: papel do enfermeiro. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 23, p. e207, 14 maio 2019.

LOPES, J. M. **Violência obstétrica: Uma Análise Jurídica Acerca Do Instituto No Estado do Tocantins**. Gurupi, 2020. Disponível em: https://ambitojuridico.com.br/violencia-obstetrica-uma-analise-juridica-acerca-do-instituto-no-estado-do-tocantins

MARTINS, Reny Bastos *et al*. Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 68-76, 2022

MENDONÇA, C. S, MACHADO, D. F, ALMEIDA, M. A. S, CASTANHEIRA, E. R. L. (2020). Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva** vol.25 no.6 Rio de Janeiro June 2020 Epub June 03.

NOGUEIRA, B. C.; SEVERI, F. C. **O tratamento jurisprudencial da violência obstétrica nos tribunais de justiça da região sudoeste.** Florianópolis: 2017. Disponível em:

OLIVEIRA M.D.E; ELIAS E.A; OLIVEIRA S.R. Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**. 2020;14:e243996 DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963.2020.243996.

PEREIRA, M. S.; SOUZA, A. L. M.; BRAGA, G. R.; COSTA, M. M. L.; LIMA, A. K. de O. IMPACTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE MENTAL DAS PUÉRPERAS DO BRASIL: UM REVISÃO DE LITERATURA. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences** , *[S. l.]*, v. 6, n. 9, p. 2660–2676, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p2660-2676. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/3636.

PRIORE, M. D. Histórias do cotidiano. São Paulo: Contexto, 2001.Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Rev Gaúcha Enf**. 2017; 38 (1): 1-8

ROUDINESCO, E. A família em desordem. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. SPM – Secretaria de Políticas para Mulheres. **Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** 2010 (Enfrentamento à violência contra as mulheres; v. 2) Brasília: Brasília: Presidência das República/ Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. 2003. 52 p.

SILVA, G.R. **TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL**. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia -GO

SILVA EA, PEREIRA AMM, DANTAS SLC, SOARES PRAL, MELO LPT, COSTA N, *et al*. Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto. **Rev Enf UFPE**. 2021; 14: e246029

SILVA, C. R. da. Violência de gênero no Brasil e na América Latina: um enfoque psicanalítico, a produção de conhecimento e perspectivas de enfrentamento. DOXA: **Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, [S.l.], p. 80-96, jan. 2018. ISSN 2594-8385

SILVA, C. P. R. A. K. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A ÓTICA SOBRE OS PRINCÍPIOS BIOÉTICOS E DIREITOS DAS MULHERES. **Vol.26, n.**1, pp. 52-58 (Mar – Mai 2019). Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20190306_114936.pdf.

SOARES LEAL MOREIRA ALVES, L.; EDUARDA ALVES CARREIRO, M.; PESSOA, Nadia Lima de Sousa. Violência obstétrica: de que forma se positiva a deturpação dos direitos fundamentais das mulheres à luz da constituição federal. RECIMA21 **- Revista Científica Multidisciplinar**, v. 4, n. 1, p. e453225, 2023. DOI: 10.47820/recima21.v4i1.3225.

SOUZA, D. S. de. História, Psicanálise e Sociologia: notas acerca da dominação masculina. **Revista Ágora**, [S. l.], n. 16, 2013.

TEIXEIRA, P. C., *et al*. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. **Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde**, vol.23, p. 3607-3615, 2021.

TRAJANO, A. R.; BARRETO, E. A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface, Online**, v. 25, p. e200689, 2021.

VIEIRA, A. S. M, VIDAL, D. G., SOUSA, H. F. P., DINIS, M. A. P., & SÁ, K. N. (2022). Education in health for individuals with chronic pain: **Clinical trial. BrJP**, 5(1), pp. 39-46. https://doi. org/10.5935/2595-0118.20220013

WERNER, L. **Tipos de violência obstétrica**, 2019. Disponível em: https://ufrgs.br/jordiq172- violenciaobstetrica/violência-obstetrica