

# **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E AS RELAÇÕES DE GÊNERO: A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO FORMATIVO DA GESTANTE E DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Sheila Cristina Magalhães<sup>1</sup>

Carolina Faria Alvarenga<sup>2</sup>

**RESUMO:** Com uma frequência cada vez mais acentuada, são expostas às práticas intervencionistas desnecessárias impostas às mulheres ao longo da gestação, pré-parto, parto, puerpério e abortamento. Essas intervenções são entendidas como formas de violência obstétrica, temática a qual este trabalho se debruçou. Esta é uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que, por meio de uma pesquisa bibliográfica, analisa a violência obstétrica na perspectiva de gênero e apresenta a importância do processo formativo da gestante quanto à gestação e ao parto como uma das formas de enfrentamento a essa violência. Na grande maioria das vezes, as gestantes e seus acompanhantes não conseguem distinguir quando sofrem algum tipo de violência obstétrica, o que conduz a reiteração da prática com outras mulheres. A assistência oferecida pode ser permeada por submissão, abusos físicos, verbais e psicológicos e está pautada em um modelo intervencionista da medicalização do parto. Parte-se do pressuposto de que a mulher, devido à uma perspectiva pautada pela excessiva medicalização do parto, torna-se objeto de intervenção por ser considerada inferior e perde o protagonismo do corpo em seu próprio parto.

**PALAVRAS-CHAVE:** violência obstétrica; gênero; processo formativo.

## **INTRODUÇÃO**

Esse artigo é escrito por duas mulheres, uma graduanda do curso de Pedagogia e também técnica de enfermagem, primeira formação, atuante por quase cinco anos em uma instituição filantrópica na assistência de gestante, puérperas e recém nascidos, antes, durante e nas primeiras horas após o parto. E outra, mãe, docente e coordenadora do curso de Pedagogia presencial da Ufla, líder do Grupo de Pesquisa em Educação Infantil, Diferenças de Gênero e Infâncias (GEIDI/UFLA), e que vivenciou duas gestações e partos distintos. A primeira gestação resultou em uma cesárea, em que relata ter sofrido violência obstétrica, enquanto a segunda gestação mais orientada e bem acompanhada resultou em um parto natural, também conhecido como VBAC (*Vaginal Birth After Cesarean Delivery*).

---

<sup>1</sup> Graduanda em Pedagogia pela Universidade Federal de Lavras (UFLA).

<sup>2</sup> Pedagoga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre e Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (Feusp). Professora adjunta IV do Departamento de Educação da Universidade Federal de Lavras (DED/UFLA - MG).

Segundo o educador, pedagogo e filósofo Paulo Freire (1979), “educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas. Pessoas transformam o mundo”, ou seja, a educação, quando entendida como um processo ativo de reflexão crítica, pode mudar a maneira como as pessoas percebem o mundo, questionam e compreendem as relações sociais. Dito isso, é importante destacar que a motivação da discente para a pesquisa e escrita deste trabalho perpassa por um processo de autoconhecimento, no qual, a educação universitária, por meio do Curso de Pedagogia, proporcionou uma melhor compreensão das estruturas de poder, tornando possível questionar as experiências vividas no ambiente hospitalar, onde a violência estrutural contra mulher é mascarada por procedimentos médicos.

A violência contra a mulher é uma temática de preocupação internacional. Isso porque, lamentavelmente, há uma gama de violências que a mulher pode vivenciar ao longo de sua vida. Nesse escopo, se inclui a violência obstétrica que diz respeito à forma de violência praticada no atendimento à gestação, parto, pós-parto ou abortamento. Segundo Charles Tesser (2015), a violência obstétrica pode ser física, evidenciada pela realização de procedimentos invasivos e com o uso de medicamentos desnecessários; psicológica, no que concerne à prática de condutas humilhantes, vexatórias e opressivas; e sexual ao causar uma ofensa à integridade sexual e à dignidade da mulher. Esse tipo de violência encontra-se institucionalizada nas redes públicas e privadas de saúde e se reverberam nas práticas e condutas adotadas por médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras e demais profissionais responsáveis pelo acompanhamento da mulher (Tesser, 2015).

Com base nisso, a fim de consolidar a educação como um instrumento emancipatório, este trabalho tem como objetivo analisar a violência obstétrica na perspectiva de gênero, destacando a importância do processo formativo da gestante quanto ao período gestacional, no parto ou em caso de aborto. Para tanto, apresentam-se as problematizações em duas etapas. Em um primeiro momento, busca-se apresentar as dimensões da violência obstétrica, tipos e dados estatísticos, entendendo a violência obstétrica como uma violência de gênero. Em seguida, trata do processo formativo da gestante e de profissionais de saúde responsáveis por seu acompanhamento, apresentando a informação como um elemento importante da autonomia da mulher, ainda que não se possa desconsiderar do contexto histórico, social e cultural.

Metodologicamente, o trabalho se constrói a partir de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa por meio de uma investigação bibliográfica. Os portais escolhidos para realizar uma busca por fontes foram a Plataforma *Scielo*, o Portal de Periódicos da Capes e o

Google Acadêmico a partir dos descritores: i) violência obstétrica; ii) violência de gênero no parto; e iii) gestação. Realizada a pesquisa, os dados coletados foram agrupados e descritos neste artigo que busca contribuir na articulação entre saúde e educação, conceitos que desempenham um papel fundamental como estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a conscientização, prevenção e promoção da saúde entre a população (Brasil, 2018).

## 1. AS DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E RELAÇÃO COM A FACETA DO GÊNERO

*Eu morria de medo. Às nove ou dez da noite, tudo o que eu pedia, aos berros, era um copo d'água. Mas a doutora negou. Ríspida, grosseira e com a cara enfiada no meio das minhas pernas. Disse que podia fazer mal depois, na hora de nascer (Raiter, 2023).*

Historicamente, o processo de dar à luz era permeado por rituais e práticas tradicionalmente coordenadas por mulheres, as parteiras, que se direcionavam à residência da parturiente e auxiliavam nesse evento feminino. Feminino por ser só de mulheres e por estar permeado de significados daquilo que é considerado feminino. As parteiras para além da atenção ao parto, cuidavam também da saúde da mulher, do pré-natal e puerpério, assim como dos cuidados com recém nascidos (Palharini; Figueirôa, 2018), ou seja, ofereciam um atendimento multidisciplinar baseado nos conhecimentos transmitidos oralmente de geração em geração, com mulheres mais experientes ensinando suas habilidades às mais jovens. Essa realidade foi reproduzida ao longo dos anos até meados do século XIX, quando a concepção do bebê passou a ser entendida como um evento médico.

Segundo Silvia Federici (2017) a ascensão da prática médica institucionalizada durante a transição para o capitalismo, resultou na marginalização e desvalorização do papel das parteiras, que historicamente detinham conhecimentos significativos sobre o processo de parto.

Enquanto na Idade Média elas podiam usar métodos contraceptivos e haviam exercido um controle indiscutível sobre o parto, a partir de agora seus úteros se transformaram em território político, controlados pelos homens e pelo Estado: a procriação foi colocada diretamente a serviço da acumulação capitalista (Federici, 2017, p. 178 *apud* Teixeira, 2021, p. 221).

Ao longo da história, as práticas obstétricas foram usadas para subjugar as mulheres, retirando seu poder sobre a experiência do parto e transformando-o em um evento controlado

pela medicina e instituições patriarcais. Reforçando as hierarquias de poder, desconsiderando a autonomia das mulheres durante esse processo natural.

A resistência das mulheres em parir fora do ambiente doméstico foi cedendo lugar à confiança na figura do médico-parteiro, construída pelo discurso médico, e no ambiente hospitalar, à medida que melhoraram a segurança e a assepsia desse espaço. Essa mudança, contudo, não se deu de forma contínua nem sem conflitos: entre médicos e parteiras, entre o conhecimento institucionalizado masculino e o saber tácito feminino, entre o médico, homem, e a parturiente, mulher, configurando relações de desigualdade de gênero que estão na origem do estabelecimento da medicina como saber validado política e socialmente (Palharini; Figuerôa, 2018, p.1040).

O acesso exclusivo dos homens à formação científica da época, a institucionalização da medicina e a marginalização das práticas populares gerou uma lacuna da presença feminina na atenção ao parto, transformando-se em uma estratégia patriarcal de controle sobre a reprodução feminina “[...] o corpo feminino foi transformado em instrumento para a reprodução do trabalho [...] tratado como máquina natural de criação, funcionando de acordo com ritmos que estavam fora do controle das mulheres” (Federici, 2017, p. 178 *apud* Teixeira, 2021, p. 220) . Ao desacreditar e suprimir os conhecimentos tradicionais das parteiras, as mulheres foram submetidas a um sistema onde a gestão do parto estava nas mãos de instituições e profissionais médicos, contribuindo para a perda do controle feminino sobre o processo de nascimento.

Ainda assim, essa transposição para o ambiente hospitalar, que se intensificou no século XX com o aumento do investimento no campo da saúde e dos cuidados com a higiene, trouxeram vantagens relacionadas, principalmente, à diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal. Segundo Cássia Roth (2018), as principais causas desses acontecimentos eram a sífilis e complicações obstétricas como a febre puerperal oriundas de uma possível infecção que liderava as taxas de morte materna.

Aliado a esse fenômeno, a tecnologia e a ciência sofreram uma crescente evolução, o que permitiu o monitoramento constante da saúde da mãe e do bebê (Zanardo, 2023). O fórceps, por exemplo, segundo Palharini e Figueirôa (2018), foi uma tecnologia da época que teve um papel essencial para a aceitação do homem no parto e para a desvalorização da prática das parteiras, pois, o uso desse instrumento para o “sucesso” de partos difíceis contribuiu para a ideia do médico cirurgião como o único dono dos saberes que envolve a prática da obstetria.

Surge, então, a instrumentalização do parto, que tende a retratar o parto como um processo intrinsecamente arriscado e doloroso, contribuindo para a construção de uma percepção temerosa desse momento crucial na vida das mulheres. De acordo com Carmen Diniz (2005), para alguns autores o parto é concebido como uma forma de violência intrínseca, essencial, um fenômeno "fisiologicamente patogênico"; e se implicaria sempre danos, riscos e sofrimentos, seria portanto patológico (Rothman, 1993 *apud* Diniz, 2005). Oferecendo solidariedade humanitária e científica diante do sofrimento, a obstetria cirúrgica, masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar, tornando a instrumentalização do parto algo padrão para alívio dos riscos e sofrimentos.

Se por um lado, cresceu a expectativa de vida da mãe e do bebê, por outro, as ações intervencionistas e, muitas vezes desnecessárias, transpuseram a mulher para um papel coadjuvante no processo de parto. Houve uma elevação da figura médica como “o único detentor do saber”, o que mitigou as ingerências das mulheres e de seus acompanhantes sobre as práticas adotadas. O parto, que antes era um ritual sagrado e natural, tornou-se medicalizado. Para os médicos e médicas, é só mais uma fonte de renda e, para as parturientes, têm o potencial de se transformar no momento mais traumático de suas vidas pelo risco de violência obstétrica (Silva, 2014).

Muito embora a discussão sobre a violência obstétrica tenha crescido nos últimos anos, a propagação de informações sobre esse tipo de violência ainda é escassa e limitada a uma parcela elitista da sociedade. Nas palavras de Michelle Gonçalves da Silva (2014, p. 721), “a integridade corporal das mulheres e seu bem estar emocional parecem não ser desfechos relevantes para a saúde pública das mães; ainda são escassas as investigações nacionais sobre a satisfação da mulher com a experiência de dar à luz”.

O termo violência obstétrica surgiu na América Latina somente no início do ano 2000, em decorrência do surgimento de movimentos sociais voltados à defesa do nascimento humanizado. Assim, apesar de suas diversas variações que advém do aprofundamento dos estudos sobre o tema, esse tipo de violência está, em regra, vinculado à assistência ao parto excessivamente medicalizada e agressiva à mulher (Oliveira; Albuquerque, 2018).

A Organização Mundial de Saúde define a violência como qualquer ação que tenha o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outro ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em qualquer dano psicológico, deficiência, lesão ou morte. Quanto à intencionalidade, cabe destacar que ela se refere à intenção de usar a força ou o poder inerente e não necessariamente de causar o dano em si.

A violência obstétrica engloba diversas formas de violência. Dentre as mais comuns, tem-se a violência física, que se fundamenta na realização de procedimentos invasivos e desnecessários ao trabalho de parto, como o uso abusivo de medicamentos para induzir as contrações e acelerar o nascimento da criança e a prática de manobras para a mesma finalidade. Porém, a mulher também carrega uma violência que não é vista, a psicológica, na qual são realizadas condutas humilhantes, vexatórias e opressivas (Tesser, 2015).

A ofensa aos direitos reprodutivos da mulher também decorre da chamada violência institucional, que se reverbera pela institucionalização dessas práticas que conduzem o afastamento da gestante de sua condição como vítima, entendendo a situação como um procedimento rotineiro e necessário para conceber seu bebê (Tesser, 2015).

Dessa forma, o processo de inferiorização da mulher está presente em um dos momentos mais relevantes de sua existência, que é o ato de trazer uma vida ao mundo. Nas práticas mais notáveis de violência, segundo dados do Ministério da Saúde, estão a realização de: a) amniotomia - ruptura da membrana que envolve o feto - para a aceleração do parto; b) manobra de Kristeller que corresponde à aplicação de pressão na parte superior do útero; c) episiotomia, conhecido como o corte na região do períneo como justificativa para auxiliar na retirada do bebê do canal vaginal. Essas intervenções não possuem respaldo científico de sua efetiva contribuição para o processo de parto, tendo seu uso considerado como desnecessário e invasivo (Ministério da Saúde, 2016).

Diante desse modelo, que faz com que o parto seja mais doloroso, ansioso e que frequentemente deixa sequelas físicas e/ou emocionais, as mulheres, principalmente da rede privada, acabam recorrendo à cesárea para evitar um parto normal cheio de intervenções dolorosas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, no Brasil cerca de 85% dos partos realizados na rede médica particular são cesáreas, muito acima do limite de 15% recomendado pela OMS.

Apesar de não ser tão evidente, a realização desnecessária de cesáreas eletivas também se constitui como uma forma de violência obstétrica. Isso se deve ao fato de que a cesárea é um procedimento que foi pensado para as situações emergenciais, nas quais a gestante não consegue dar à luz pela via vaginal. Contudo, a medicalização do parto tornou a cesárea como a primeira alternativa, de sorte que no setor privado há maior presença de prematuros leves, o que pode estar relacionado a esses altos índices de cesárea eletivas agendadas. Cabe destacar que há indícios de que essas cesáreas estão associadas ao aumento da morbidade e

mortalidade materna, haja vista que, na maioria das vezes, acontecem sem que a mulher tenha entrado em trabalho de parto (Ciello *et al*, 2012).

Além disso, também são atos típicos de violência obstétrica o ato de impedir a presença de acompanhante ou doulas durante o pré-parto e o parto, apesar de ser um direito garantido pela a Lei nº 11.108/2005; impedir que a mulher receba visitas quando suas condições clínicas permitem; impedir o contato da mãe e do bebê logo após o parto, nos casos em que ambos não necessitem de outros cuidados médicos; não aceitar a recusa de tratamento médico e farmacológico por parte da parturiente; bem como a utilização de termos depreciativos para se referir aos processos naturais vivenciados pela parturiente (Ministério da Educação, 2021).

A violência obstétrica persiste como uma questão preocupante durante o puerpério, refletindo uma lacuna significativa no cuidado materno. Segundo Kamila Marinho (2020), dentre os tipos de violência enfrentado pelas mulheres no pós-parto, temos a falta de suporte adequado para a amamentação, imposição de métodos não solicitados, ou a falta de informações sobre cuidados com o recém-nascido; a falta de suporte para a ansiedade, a depressão pós-parto, desconsiderando as necessidades emocionais; o tratamento diferenciado com base em características pessoais, como etnia, orientação sexual, status socioeconômico, entre outros, contribuindo para desigualdades no cuidado pós-parto; e os atrasos no atendimento, falta de suporte emocional e desconsideração de queixas ou preocupações.

Conceituada a violência obstétrica, é necessário apontar os fundamentos de sua existência: a faceta do gênero. Isso porque a violência tem como raízes os processos de submissão e de omissão vivenciados cotidianamente pelas mulheres.

Desde os primórdios da humanidade, há uma forte cultura patriarcal na sociedade que privilegia os homens, colocando-os nos espaços de poder. Essa desigualdade de gênero estrutural junto a cultura que trata com desigualdade, que subjuga as mulheres, é a principal causa da violência contra a mulher.

Para Foucault, filósofo contemporâneo que dedicou à reflexão entre poder e conhecimento, o exercício do poder sempre se dá entre sujeitos que são capazes de resistir “pois, caso contrário, o que se verifica, segundo ele, é uma relação de violência” (Foucault, 1987, p. 89 *apud* Louro, 1997, p. 39). A não valorização da mulher como um sujeito de direitos, como um ser, e a objetificação que favorece os homens, naturaliza a violência, pressupondo que ao desumanizar o corpo feminino ele poderá ser violado.

Gênero é uma categoria de análise, ao mesmo tempo, uma ferramenta política, dos atos de violência referentes à gestação e ao parto. Para Guacira Louro (1997), é um conceito que vai além das distinções biológicas entre homens e mulheres, ao ponto que é necessário desprezar a noção de que características biológicas dos seres humanos determinam o seu sucesso ou fracasso, mas que se escondem nos termos como sexo ou diferença sexual, acentuando o “caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo” (Scott, 1995, p. 72 *apud* Louro, 1997, p. 21).

Ao focarmos na construção do gênero para o âmbito das relações sociais, não há, contudo, a intenção de negar “a biologia, mas enfatizar a construção social e histórica produzida sobre as características biológicas” (Louro, 1997, p. 22), que influenciam nas oportunidades, responsabilidades e tratamentos recebidos ao longo de toda a história do protagonismo feminino na gestação e no parto. Assim, as justificativas para as desigualdades precisam ser buscadas nos arranjos sociais, na história, nas condições de acesso aos recursos da sociedade e nas formas de representação (Louro, 1997).

A compreensão das relações de gênero é fundamental para desafiar estereótipos, promover a igualdade e reconhecer a diversidade de gênero que existem para além da dicotomia tradicional, tida para Joan Scott (1988, *apud* Louro, 1997, p. 46) como uma “falsa dicotomia”.

É com base nessas percepções de gênero que a violência obstétrica deve ser analisada, já que por se tratar de uma dentre várias violências experimentadas, as mulheres são conduzidas ao processo natural de se calar diante do processo vivenciado.

Dessa forma, se calar diante da dor é um recurso constantemente adotado pelas parturientes para tentar não sofrer algum tipo de violência, uma vez que foi observado que, quando a mulher expressa seu sofrimento, ela passa a ser tratada com descaso pelos profissionais, incluindo frequentes ameaças de abandono. Muitas mulheres se tornam vítimas da violência obstétrica por temerem que a reclamação possa ser mal interpretada pelo profissional, refletindo de forma negativa na assistência prestada tanto a elas quanto ao bebê (Souza, 2019, p. 4).

No escopo da violência obstétrica, a vulnerabilidade da mulher ainda é acentuada pelas dores do parto, bem como pelas oscilações hormonais que acometem seu corpo. O gênero também se vincula ao nível socioeconômico e à questão étnico-racial, criando uma nova dimensão da violência, uma vez que mulheres com menor renda e nível de escolaridade, em sua maioria negras, encontram-se mais suscetíveis para a prática da violência. Isso porque a informação que chega até elas é precária e se apresenta de forma hierárquica e autoritária (Souza, 2019).

Pela latente necessidade em cessar as violações aos direitos humanos básicos das mulheres, diversos instrumentos jurídicos nacionais e internacionais foram criados. No escopo internacional, é possível citar a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw), elaborada em 1984, e o Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos. Em seus fundamentos, o documento assim prevê:

Relembrando que a discriminação contra a mulher viola os princípios da igualdade de direitos e do respeito da dignidade humana, dificulta a participação da mulher, nas mesmas condições que o homem, na vida política, social, econômica e cultural de seu país, constitui um obstáculo ao aumento do bem-estar da sociedade e da família e dificulta o pleno desenvolvimento das potencialidades da mulher para prestar serviço a seu país e à humanidade (Brasil, 1984, p. 1).

Ademais, quanto a essa questão, merece análise o caso vivenciado por Alyne Pimentel que originou a representação do Brasil perante o Comitê CEDAW pela violação ao direito humano à saúde da mulher, consistente em denúncia sobre mortalidade materna. Quando do ocorrido, Alyne tinha 28 anos, era negra, de classe baixa, casada, mãe de uma menina de cinco anos e gestava uma outra menina por seis meses. Ao chegar em uma unidade de saúde conveniada com o SUS por sentir dores abdominais, no dia 11 de novembro de 2002, ela foi atendida por um ginecologista que deixou de fazer qualquer tipo de exame laboratorial ou de ultrassonografia, agendando o retorno da jovem para o dia 13 de novembro de 2002 (Catoia; Severi; Firmino, 2020).

Ao retornar, Alyne foi examinada por outros dois médicos que não detectaram os batimentos cardíacos do feto e constataram a existência de morte fetal. Posteriormente, foi encaminhada para o induzimento do parto para a retirada do natimorto, o que apresentou danos ao estado de saúde de Alyne. A gravidade do caso levou a Santa Casa a procurar outros hospitais para continuar o atendimento da paciente, deixando-a esperando por uma ambulância por oito horas (Catoia; Severi; Firmino, 2020). A conclusão do caso é bem delineada por Cintia Catoia, Fabiana Severi e Inara Firmino (2020, p. 5):

Na transferência, a Casa de Saúde não enviou os registros médicos de Alyne relativos ao período em que ela foi atendida na unidade hospitalar de Nova Iguaçu, retendo as informações sobre o estado de saúde da paciente. No lugar dos registros foi feito um breve relatório oral sobre os seus sintomas. Entretanto, foi omitido que a paciente havia estado grávida e que todos os seus sintomas resultaram do parto de um natimorto. No dia 16 de novembro de 2002 Alyne faleceu. A autópsia determinou como causa da morte hemorragia digestiva. Após o óbito, o Hospital solicitou à mãe de Alyne Pimentel que fosse à Casa de Saúde tentar obter seu

prontuário médico. Ao chegar à Casa de Saúde, a mãe de Alyne Pimentel foi informada pelos médicos de que o feto já estava morto há dias e que esse fato havia causado a morte da paciente.

Como resultado, foi reconhecido que o Brasil não tomou as medidas necessárias para eliminar a discriminação contra as mulheres no campo da assistência à saúde, bem como para assegurar o acesso aos serviços de saúde (Catoia; Severi; Firmino, 2020). Apesar da condenação e de o Brasil permanecer signatário de diversos tratados e documentos internacionais, não há no ordenamento federal normas voltadas à regulamentação específica da matéria. Em alguns casos, a violência pode se enquadrar na tipificação do crime de lesão corporal ou importunação sexual. Contudo, tais normativas não são suficientes para assegurar a proteção dos direitos das gestantes (Souza, 2019).

Exemplo disso são os fatos que foram noticiados pela influenciadora Shantal Verdelho no Fantástico em meados de 2021. Na experiência relatada, a presença do marido e das câmeras que filmavam o parto não intimidaram o médico, Renato Kalil, de praticar violência. Nem mesmo o fato de o atendimento ser prestado em uma maternidade particular da capital paulista garantiu a segurança da vítima.<sup>3</sup>

Infelizmente, a notoriedade da influenciadora não apresenta um fato isolado. A manobra de Kristeller<sup>4</sup>, adotada pelo médico, ainda é praticada em diversas mulheres brasileiras, muito embora seja uma prática já banida pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A leitura dos relatos das violências sofridas pela influenciadora digital conduz à lamentável conclusão de que as mulheres atendidas pela rede privada também não estão isentas desse tratamento degradante.

Fato é que a violência obstétrica se consolidou como uma forma de violência que extrapola os limites da saúde pública, uma vez que envolve nuances sociais, econômicas e de gênero. Segundo dados coletados pelo projeto “Nascer no Brasil” da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no ano de 2012, a violência obstétrica atinge 30% das mulheres atendidas em hospitais privados e 45% das usuárias do Sistema Único de Saúde (Ribeiro, 2021).

Quanto à iniciativa pública e política para refrear a violência, no âmbito estadual, ao menos 18 estados e o Distrito Federal possuem algum tipo de norma sobre o tema, seja em

---

<sup>3</sup> SHANTAL diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas. **Globo.com**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://encurtador.com.br/sLQS5> Acesso em: 23 mai. 2023.

<sup>4</sup> A prática em questão é expressamente proibida pelo Ministério da Saúde, haja vista que apresenta riscos de paralisia, traumatismo e fraturas no bebê, além de causar muita dor na gestante com risco de fraturas nas costelas. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Violência obstétrica. **Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares**, 21/06/2021. Disponível em: <https://encurtador.com.br/fpyB3> Acesso em: 13 ago. 2023.

relação à violência obstétrica ou quanto ao parto humanizado (Andrade, 2022). Como exemplo, cita-se a Lei nº 17.097, de janeiro de 2017 do estado de Santa Catarina que em seu escopo dispõe sobre medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica (Santa Catarina, 2017).

No estado de Minas Gerais, o tratamento da questão é previsto pela Lei nº 23.175, de dezembro de 2018, na qual é direcionado para o Estado a responsabilidade em assegurar às mulheres o direito de receber um tratamento humanizado desde o pré-natal até o puerpério. A lei em questão apresenta uma singularidade ao estender esse tratamento para as mulheres que vivenciam situações de abortamento que, por vezes, possuem sua vulnerabilidade acentuada em razão do processo de luto (Minas Gerais, 2018).

Para além disso, também se faz necessária a atuação do Poder Público e da sociedade civil na criação de políticas públicas, cartilhas e informativos que exponham o que constitui uma violência obstétrica e quais são suas dimensões. A partir disso, cria-se uma ferramenta de enfrentamento à violência por meio do conhecimento e da informação, temática que será detidamente aprofundada no tópico seguinte.

## **2. EDUCAÇÃO EMANCIPADORA: A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO FORMATIVO DA GESTANTE E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DO CICLO DA VIOLÊNCIA**

O fim do ciclo da violência somente acontecerá com a quebra da institucionalização das práticas ofensivas à dignidade sexual da mulher. A primeira condição para que isso aconteça é por meio da informação e do conhecimento, dando início a um processo de desconstrução. Esse processo acontece por meio de questionamentos e análises críticas das ideias já preconcebidas, normas e crenças associadas à saúde da mulher, podendo ser realizados não apenas pelas mulheres gestantes e puérperas, mas por todas e todos profissionais de assistência à saúde e familiares que acompanham o processo de gestação e parto.

De acordo com Louro (1997), é no campo social que se constroem e se reproduzem as relações desiguais entre os sujeitos. Portanto, ainda que a presença masculina ao longo dos anos tenha ganhado espaço no campo da medicina, as atividades relacionadas aos cuidados diretos com as parturientes ainda são majoritariamente feminina. Segundo dados coletados por uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Coren), em 2015, a equipe de assistência à saúde de

enfermagem é predominantemente feminina, composta por 84,6% de mulheres, o que não impede a reprodução da desigualdade e violência, por se tratar de um problema estrutural (Fiocruz, 2015).

Ao longo do pré-natal, as profissionais responsáveis por prestar a assistência à mulher, que como dito na grande maioria das vezes também são mulheres, possuem um dever de fornecer um leque de informações capazes de subsidiar a redação do plano de parto da mulher e de capacitá-la para seu momento de parir.

O primeiro plano de parto foi elaborado por Sheila Kitzinger, em 1980, nos Estados Unidos com o propósito de resgatar o parto como um evento fisiológico e afetivo, em um contexto, no qual, o parto deixava de ser uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre mulheres, para se tornar uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais (Santos *et al*, 2019).

O plano de parto constitui-se como um documento que acentua a segurança da mulher, já que é elaborado ao longo de todo o pré-natal e pode ser um instrumento válido para impedir a violência obstétrica. Ao longo de seu texto, a gestante discrimina todos os procedimentos que deseja realizar e deixa em evidência suas recusas de tratamento (Pereira, 2016).

Fato é que a preparação desse documento somente é possível após um processo formativo pela gestante. Isso é, a construção de uma relação médico-paciente pautada no dever de informação. Assim, as consultas que são realizadas em todos os meses da gestação não devem se limitar à realização do ultrassom e verificação dos exames clínicos da mulher. Muito além disso, esse deve ser um momento em que o médico ou a médica deve expor todas as possibilidades de parto, intercorrências, riscos e de práticas que podem ser utilizadas (Pereira, 2016).

As práticas apontadas devem ter como única finalidade a promoção da saúde da mulher e do bebê em vez de atender os interesses médicos de aceleração do parto e diminuição do seu tempo de trabalho que transforma o ambiente hospitalar em uma “indústria” que visa realizar a maior quantidade de partos possíveis em um plantão de 12 horas. Somente a partir do conhecimento prévio de todas as nuances do processo de parto, a gestante estará apta a iniciar o seu processo de tomada de decisão que será reproduzido em seu plano de parto.

Contudo, algumas críticas precisam ser tecidas acerca da proposta do plano de parto. Isso porque a redação do documento deixa de considerar um fator de suma relevância. O nível

de escolaridade e a situação socioeconômica da sociedade brasileira. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil, somente 53,2% das pessoas com 25 anos ou mais concluíram a Educação Básica, isto é, possuíam, no mínimo, o Ensino Médio completo em 2022 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Tem-se, assim, um fator relevante para a análise da execução do plano de parto como um instrumento de garantia da gestante. A grande maioria das mulheres brasileiras em idade reprodutiva não possui instrução suficiente para conseguir transpor a sua vontade e desejo em um documento capaz de ser utilizado e interpretado por profissionais de saúde.

Apesar de não possuir um formato específico, a grande maioria dos termos utilizados e dos medicamentos que se revelam invasivos e desnecessários possuem uma linguagem incompreensível para pessoas leigas. Assim, a violência obstétrica ainda ganha uma nova nuance, qual seja, a limitação do acesso à educação pelas mulheres brasileiras em sua maioria negras e pobres (Aquino, 2014).

Em que pesem as dificuldades em se elaborar o plano de parto, após sua realização ainda é iniciada uma segunda etapa de extrema relevância para a parturiente: o cumprimento das medidas previstas em seu documento por profissionais de saúde. Infelizmente, por si só, o plano de parto não oferece uma garantia de que suas escolhas serão respeitadas. Pelo contrário, com frequência os relatos de violência obstétrica evidenciam que a gestante havia recusado a utilização de determinada intervenção em seu corpo.

Segundo relatos incluídos no Dossiê “Parirás com dor”, que trata sobre a temática da violência obstétrica, são diversos os descumprimentos das manifestações de vontade das gestantes previstas nos planos de parto. Apesar de ter decidido não se submeter à episiotomia, bem como ter comunicado o seu médico sobre a decisão, Danielle Moura foi desrespeitada. Em seu relato, diz que *“quando eu ouvi ele pedindo o bisturi, meu Deus, quase morri! Eu pedi para que não fizesse a episio, mas ele me respondeu: ‘o seguro morreu de velho. Quem manda aqui sou eu...’*” (Ciello *et al*, 2012, p. 83).

A situação não é diferente da leitura dos relatos de F.C, atendida por médica conveniada ao plano de saúde em Belo Horizonte, optando por não ser identificada, ela relata: *“durante o pré-natal, falei para a obstetra que eu não queria que fosse feito a episio. Ela me respondeu se eu gostaria de ficar toda rasgada e relaxada”* (Ciello *et al*, 2012, p. 83).

Da leitura desses relatos, junto à implementação de efetivas mudanças na formação dos e das profissionais, a quebra do ciclo de violência também depende da mudança cultural

que envolve a formação de médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras, gestores e gestoras hospitalares e todos os agentes envolvidos no atendimento à mulher gestante.

Como primeira medida a ser pensada na reformulação do atendimento às mulheres gestantes e parturientes tem-se a atuação do e dos agentes comunitários de saúde. Os maiores índices de violência obstétrica são apresentados na rede pública de saúde. Assim a atuação desse grupo de atenção básica consiste em uma importante medida para acentuar o protagonismo das usuárias do SUS (Aquino, 2014).

Para tanto, revela-se necessária a capacitação desses agentes quanto à atenção à Saúde da Mulher no ciclo gravídico e puerperal. Segundo dados coletados por Marina Garcia Aquino (2014), em uma pesquisa empírica sobre a temática, os investimentos realizados nos agentes comunitários de saúde são essenciais para a melhora dos atendimentos às mulheres. Isso porque amplia-se a cobertura pré-natal por meio da visita domiciliar, retornando à comunidade “com orientações, intervenções e encaminhamentos que possam evitar, abrandar, ou resolver os problemas encontrados, integrados com os profissionais de saúde e a própria população” (Aquino, 2014, p. 32). Por meio das ações em questão, cria-se para a gestante uma ponte de informação e de confiança com o sistema de saúde.

Em um segundo momento, ultrapassado o período da gestação, é necessário voltar os olhares para a mulher parturiente que vivencia um momento com os maiores potenciais de violência obstétrica. Como exposto, a segurança da mulher está intimamente ligada à mudança no comportamento e pensamento de todos e todas profissionais de saúde. A equipe de enfermagem deve ser capacitada para “o desenvolvimento de um cuidado holístico e respeitoso, tornando a assistência ao ciclo gravídico-puerperal menos medicalizada como prega sua formação” (Silva, 2014, p. 724).

Quanto à área de enfermagem, para além da formação profissional e despreparo institucional, ainda cabe destacar que várias das causas da violência obstétrica estão relacionadas às intensas jornadas de trabalho, bem como aos limitados recursos materiais e humanos. Tais circunstâncias elevam a sobrecarga profissional (Souza, 2019). Assim, para a proteção feminina também se faz necessário o fortalecimento e a valorização da classe de enfermagem obstétrica, de modo que lhes sejam viabilizados tempo suficiente para a formação técnica e teórica capaz de propiciar o tratamento humanizado que é esperado da classe.

Quanto aos médicos e médicas, a legislação mineira já traz delimitações sobre a matéria que deve ser alvo de informação para as gestantes no atendimento pré-natal, em suas diretrizes, a Lei nº 23.175/2018 assim dispõe:

Art. 3º – No atendimento pré-natal, a gestante será informada sobre:

I – os riscos e benefícios das diversas práticas e intervenções durante o trabalho de parto e o parto;

II – a possibilidade de escolha de um acompanhante para o apoio durante o parto;

III – as estratégias e os métodos para controle da dor disponíveis na unidade, bem como os riscos e os benefícios de cada método;

IV – os diferentes estágios do parto e as práticas utilizadas pela equipe em cada estágio para auxiliar as mulheres em suas escolhas;

V – o direito gratuito à realização de ligadura de trompas nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS – para os casos previstos em lei (MINAS GERAIS, 2018).

Cientes de que o processo de informação, por si só, não é suficiente para refrear essas práticas. Reforça-se como necessária a criação de uma legislação federal específica sobre a matéria, a fim de que a violência obstétrica não seja somente identificada e conceituada, mas que os agentes responsáveis sejam devidamente reprimidos e punidos.

Além disso, também é importante a articulação de entidades médicas, sobretudo o Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais, os quais devem sempre apresentar posições e reprimendas oficiais no espectro da violência obstétrica. Além disso, é necessário que ginecologistas e obstetras passem por frequentes capacitações, cursos e que ao longo da residência sejam frequentemente ensinados sobre o tratamento adequado a ser exercido diante de uma mulher gestante. Além disso, para posteriores profissionais, entende-se como necessária a implementação da temática nos currículos dos cursos universitários da área de saúde, garantindo-se uma formação inicial adequada à temática. Todos esses fatores são de sua importância para a criação de um processo educativo de gestantes e de profissionais que a acompanham.

O processo educativo é um instrumento de socialização de saberes, de promoção da saúde e de prevenção de doenças. Pode contribuir para a autonomia no agir, possibilitando aos envolvidos tornarem-se sujeitos ativos, na medida em que contribui para valorizar capacidades, autoestima, autoconfiança e autorrealização. É um instrumento de transformação, de construção e reconstrução da realidade, de posturas e de atitudes, tornando o mundo e a história mais humanos (Zampiere, 2010, p. 720).

Assim, parte-se do pressuposto de que a educação é o instrumento para promover o respeito de profissionais de saúde aos direitos previstos à mulher gestante, parturiente e puérpera. Na mesma medida em que se trata de um instrumento de transformação e

emancipação dessas mulheres que serão capazes de reconhecer os seus direitos e reivindicá-los.

Como exemplo de um instrumento apto a auxiliar no processo formativo de gestantes cita-se a criação e participação de grupos de gestantes e casais grávidos, ambientes em que são compartilhadas vivências e dificuldades comuns, além de possuírem uma linguagem comum. Os grupos também elevam a participação de envolvidos e envolvidas na medida em que não há a presença de uma condição hierarquicamente construída, como na relação médico-paciente. Muitos dos medos são dissipados por meio dos esclarecimentos e apoio mútuo fornecidos entre os membros.

Em um estudo realizado sobre a importância desses grupos cita-se a sua relevância na criação da autonomia de gestantes e de seus acompanhantes, uma vez que ao vivenciarem a partilha de conhecimentos sobre o processo de nascimento são munidos de importantes ferramentas para fazerem escolhas sobre o parto e as técnicas farmacológicas a serem utilizadas (Zampiere, 2010).

Trata-se de uma prática que supera as dificuldades vinculadas ao nível de escolaridade e socioeconômicos das parturientes e assegura sua capacitação para fortalecer suas habilidades críticas para que possa analisar as informações que lhes são fornecidas e decidir de maneira consciente sobre os atos que lhes dizem respeito. Na mesma medida, profissionais envolvidos devem mudar a concepção de que são os únicos detentores de poder sobre o ato de dar à luz, retomando-se o protagonismo e potencial feminino para fazê-lo (Zampiere, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O processo de gestar e dar à luz sofreu diversas mudanças com o avanço da ciência e das práticas medicinais. Se antes a mulher vivenciava um evento exclusivamente domiciliar com o acompanhamento de uma parteira, atualmente o parto foi transferido para o ambiente hospitalar. Mudança que teve como objetivo primordial a saúde e segurança da mãe e do bebê. Como consequência, diversos atores surgem no momento do parto, médicos, enfermeiras, doulas e pediatras.

A presença de várias pessoas em um momento tão único deveria proporcionar à mulher mais segurança e confiança no momento de receber seu filho ou filha. Contudo, a partir deste trabalho, foi possível constatar que a existência de diversos profissionais ao redor da mulher não é suficiente para resguardá-las de vivenciar uma situação de violência. É a chamada violência obstétrica, a qual atinge mulheres gestantes, parturientes e puérperas e

causa uma violação de seus direitos reprodutivos e sexuais, em razão das práticas lesivas a sua integridade física e psíquica.

Essa violência pode ser física, psicológica e sexual e pode ser praticada pelos profissionais que assistem a mulher podendo ser médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, doulas, parteiras, etc. A análise sob o aspecto do gênero, trata-se de uma dentre as várias formas de violência vivenciada por uma mulher. Todas elas construídas socialmente que reduzem à mulher a ideia da fragilidade e influenciam nas oportunidades e nos tratamentos a ela direcionados.

No Brasil, apesar da inexistência de leis federais que respaldam a mulher e tratem sobre a matéria, alguns estados já avançaram na temática ao criar suas próprias regulamentações. Contudo, a abrangência das leis estaduais é limitada à definição da violência e pouco se atenta às possíveis responsabilidades a serem atribuídas ao agente responsável por sua prática.

Assim, como medida pedagógica pensada para o início da superação do ciclo de violência, tem-se a construção de um processo formativo por parte das gestantes e daqueles que a acompanham. A princípio, tem-se o papel educativo e informativo da gestante para a elaboração de seu plano de parto, documento que contém todas as intervenções que a gestante deseja ou não receber. Como apontado, para a elaboração desse documento, é necessário que a gestante tenha acesso às informações acerca de todas as intervenções possíveis de serem realizadas quando do início do seu trabalho de parto. Para isso, cita-se a importância da e do agente comunitário de saúde, uma vez que se trata de um profissional que vivencia um acompanhamento domiciliar ao longo de toda a gestação de mulher.

Além disso, também é necessária uma mudança no processo formativo das e dos profissionais de saúde, ora responsáveis pela violência. Assim, é imprescindível que o tema seja abordado no currículo dos cursos de ensino superior da área da saúde, bem como que as e os profissionais já atuantes tenham oportunidade de realizar frequentes formações continuadas a serem ofertadas pelos setores de saúde em que prestam serviço.

Dessa forma, a educação alinhada com uma abordagem libertadora, que capacita as pessoas a compreenderem as estruturas de poder, questionarem as injustiças e se tornarem agentes ativos na busca por uma sociedade mais justa, se torna uma importante aliada no processo de transformação das estruturas da sociedade, a qual, uma vez efetuada, poderá garantir uma quebra da violência obstétrica já institucionalizada. O rompimento com esse tipo de violência, no que diz respeito às autoras deste artigo, acontece por meio da educação, que

ao mudar sua perspectiva possibilitou um agir mais consciente, tornando viável a capacidade de ser agente de mudança que luta por uma sociedade mais justa e igualitária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, Carolina. Brasil não tem lei federal que trate de violência obstétrica ou parto humanizado; maioria dos estados tem legislação sobre o tema. **Globo.com**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://abre.ai/hgFZ> Acesso em: 17 jun. 2023.

Aquino, Marina Garcia Cardoso de. **O agente comunitário de saúde na atenção à gestante e à puérpera**: repercussões de uma estratégia de educação permanente. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2014. Disponível em: <https://abre.ai/hgGm> Acesso em: 15 jul. 2023.

Brasil. **Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher**. Diário Oficial de Brasília, Brasília, 1984.

Brasil. **Violência obstétrica: CNS se posiciona contra extinção do termo, proposta pelo Ministério da Saúde**. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2019. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns>. Acesso: 13 de dez. 2023.

Carvalho, Bruno Leal Pastor de. Parto, nascimento e mortalidade infantis são destaques em nova edição de periódico científico de história (notícia). In: **Café História – história feita com cliques**. Disponível em: <https://www.cafehistoria.com.br/parto-nascimento-morte/>. Publicado em: 11 jan. 2019. Acesso: 19 de nov. 2023.

Catoia, Cinthia de Cassia; SEVERI, Fabiana Cristina; FIRMINO, Inara Flora Cipriano. Caso “Alyne Pimentel”: violência de gênero e interseccionalidades. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 1, 2020.

Ciello, Cariny *et al.* Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”. **Rede Parto do Princípio**, Brasília, [s.v.], [s.n.], 2012.

Diniz, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde coletiva**, São Paulo, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 10 de dez. 2023.

Freire, Paulo. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra LTDA, 1967.

Louro, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: Vozes, 1997.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Características básicas da educação**. IBGEeduca, Governo Federal, 2022. Disponível em: <https://abre.ai/hgGr> Acesso em: 20 jun. 2023.

Marinho, Kamila. **Você sabe o que é violência obstétrica?** Câmara Municipal de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.leg.br>. Acesso em: 28 nov. 2023.

Minas Gerais. **Lei nº 23.175**, de 21 de dezembro de 2018. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. Minas Gerais, 2018. Disponível em: <https://abre.ai/hgGF> Acesso em: 20 ago. 2023.

Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento.** Brasília, Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://abre.ai/hgFT> Acesso em: 17 mai. 2023.

Oliveira, Lauralica Gomes Souto Maior de; ALBUQUERQUE, Aline. Violência obstétrica e direitos humanos dos pacientes. **Revista CEJ**, Brasília, a. XXII, n. 75, p. 36-50, 2018.

Palharini, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição “Mulheres e práticas de saúde”. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.1039-1061, 2018.

Pereira, Jéssica Souza *et al.* Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. v. 1.15, n.1, p.103-108, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/39NzO3S> Acesso em: 19 fev. 2022.

Raiter, Carla. Retratos da Violência Obstétrica. **Casa do Brincar**, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://encurtador.com.br/sLQS5> Acesso em: 19 jul. 2023.

Ribeiro, Aline. Violência obstétrica atinge cerca de 45% das mulheres na rede pública brasileira; vítimas perdem bebês e ficam com lesões. **O Globo**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://abre.ai/hgFP> Acesso em: 28 mai. 2023.

Roth, Cassia. Birthing life and death: women’s reproductive health in early twentieth-century Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, out.-dez. 2018, p.921-941.

Santa Catarina. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Santa Catarina, 2017. Disponível em: <https://abre.ai/hgF5> Acesso em: 17 jun. 2023.

Santos, Fernanda Soares de Rezende et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. CSP Caderno de Saúde Pública, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br> Acesso em: 21 nov. 2023

Shantal diz que percebeu violência obstétrica em vídeo do parto e que foi desacreditada por pessoas próximas. **Globo.com**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://encurtador.com.br/sLQS5> Acesso em: 23 mai. 2023.

- Silva, Michelle Gonçalves et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**, Ceará, v. 15, n. 4, p. 720-728, 2014. Disponível em: <https://encurtador.com.br/hkT13> Acesso em: 11 ago. 2023.
- Souza, Ana Clara Alves Tomé de et al. Violência obstétrica: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, [s.n.], 2019. Disponível em: <https://encurtador.com.br/luKS4> Acesso em: 11 ago. 2023.
- Teixeira, Nathan Menezes Amarante. Corpo, Cotidiano e reprodução: Considerações sobre o neoliberalismo a partir de Silvia Federici. **Revista de Filosofia, Amargosa - BA**, v.21, n.3, p.218-235, out. 2021. Disponível em: <https://www.ufrb.edu.br>. Acesso em: 12. dez. 2023.
- Tesser, Charles Dalcanale, et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Pba7ma>. Acesso em: 19 jul. 2023.
- Trajano, Amanda Reis; BARRETO, Edna Abreu. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 25, [s.n.], p.1-16, 2019. Disponível: <https://www.scielo.br/j/icse/a/PDnDR5XtNdJy47fkKRW6qcw/> Acesso: 17 set. 2021.
- Zampiere, Maria de Fátima Mota et al. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-724, 2010. Disponível em: <https://encurtador.com.br/glrzG> Acesso em: 13 out. 2023.
- Zanardo, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma visão narrativa. **Revista Psicologia e Sociologia**, [s.l.], v. 29, [s.n.], 2017. Disponível em: <https://encurtador.com.br/eFGMW> Acesso em: 13 fev. 2023.