

# Violência obstétrica: entre a percepção das mulheres e as práticas de assistência ao parto

Obstetric violence: between women's perception and childbirth care practices

*Violencia obstétrica: entre la percepción de las mujeres y las prácticas de atención al parto*

Janini Cristina Paiz<sup>1</sup> , Alice Steglich Souto<sup>1</sup> , Ana Cláudia Magnus Martins<sup>1</sup> , Sarah Maria dos Santos Ahne<sup>1</sup> ,  
Mônica Baréa<sup>2</sup> , Camila Giugliani<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre (RS), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade de Caxias do Sul – Caxias do Sul (RS), Brasil.

## Resumo

**Introdução:** A assistência ao parto é composta de práticas que interferem diretamente no sentimento de segurança, bem-estar e satisfação das mulheres. Procedimentos aplicados sem indicação ou sem consentimento podem provocar danos e interferir na experiência de parto, configurando-se como violência obstétrica. **Objetivo:** Identificar a prevalência de práticas recomendadas e não recomendadas na assistência ao parto, segundo a Organização Mundial da Saúde, bem como a percepção das mulheres em terem vivenciado desrespeito, maus-tratos ou humilhação no parto. **Métodos:** Estudo transversal, com 287 mulheres selecionadas aleatoriamente em duas maternidades de Porto Alegre, pública e privada, em 2016. As puérperas responderam a um questionário estruturado, face a face, quatro semanas após o parto, sobre aspectos socioeconômicos, histórico de saúde, experiência de parto (práticas e intervenções) e percepção de ter sofrido desrespeito, maus-tratos ou humilhação pelos profissionais. **Resultados:** Das intervenções não recomendadas de rotina, o uso de ocitocina foi a mais prevalente (56%), seguido da amniotomia (48,5%) e da episiotomia (37,1%). A manobra de pressão fúndica uterina (Kristeller) foi realizada em 11,3% dos partos; quando estratificado por maternidade, a prevalência foi de 25,7% na privada e 8,2% na pública. A amniotomia ocorreu em 48,5% dos partos, 55,4% daqueles realizados na maternidade pública e 14,7%, na maternidade privada. A taxa geral de cesariana foi de 48,1%, 31,4% na maternidade pública e 82,8% na maternidade privada. A percepção de ter sido desrespeitada, maltratada ou humilhada ocorreu para 12,5% das mulheres entrevistadas, 14,9% na maternidade pública e 7,5% na maternidade privada. Quanto às boas práticas de assistência, o incentivo a ter acompanhante, a oferta de líquidos e alimentos, o incentivo à movimentação durante o trabalho de parto, a percepção de ter sido acolhida na maternidade e o contato pele a pele foram mais frequentes na maternidade pública. Já o sentimento de estar à vontade para fazer perguntas e participar das decisões foi mais frequente na maternidade privada. **Conclusões:** É frequente a aplicação de práticas não recomendadas de rotina na assistência ao parto em ambas as maternidades. A maternidade pública apresentou maior prevalência de boas práticas em comparação com a privada. A prevalência de práticas não recomendadas é superior à prevalência de ter sofrido desrespeito, humilhação ou maus-tratos no parto, pela percepção das puérperas, o que sugere o não reconhecimento pelas mulheres de situações de violência. Nesse cenário, a atenção pré-natal é um espaço de troca de informações sobre boas práticas e reconhecimento de práticas consideradas como violência obstétrica.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica; Assistência integral à saúde; Parto.

**Como citar:** Paiz JC, Souto AS, Martins ACM, Ahne SMS, Baréa M, Giugliani C. Violência obstétrica: entre a percepção das mulheres e as práticas de assistência ao parto. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2024;19(46):3852. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3852](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3852)

### Autor correspondente:

Janini Cristina Paiz  
E-mail: janinicpaiz@gmail.com

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

HMV: 46775115.0.3002.5330 – HCPA/UFRGS: 49938015.3.0000.5327.

### TCLE:

assinado pelos participantes.

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 13/07/2023.

Aprovado em: 01/07/2024.



## Abstract

**Introduction:** Childbirth care includes practices that interfere directly in the women's sense of safeness, well-being and satisfaction. Procedures that are performed without indication or the women's consent can harm the health of women and their babies and impact their childbirth experience, configuring obstetric violence. **Objective:** To identify the prevalence of recommended and non-recommended practices in childbirth care, according to the World Health Organization, and the women's perception of disrespect, mistreatment and abuse. **Methods:** Cross-sectional study including 287 postpartum women randomly selected in two facilities (private and public) in the city of Porto Alegre in 2016. The participants responded to face-to-face interviews 4 weeks after delivery. A structured questionnaire was used, including variables regarding socioeconomic status, obstetric history, birth experience (care provided and interventions) and the perception of having experienced disrespect, mistreatment, or humiliation by healthcare professionals. **Results:** Among the interventions, the use of synthetic oxytocin was the most prevalent (56%), followed by amniotomy (48.5%) and episiotomy (37.1%). Uterine fundal pressure maneuver was used in 11.3% of the deliveries; within the private facility, the prevalence was 25.7% compared to 8.2% in the public. Amniotomy was performed in 48.5% of the deliveries; 55.4% in the public facility as opposed to 14.7% in the private. The cesarean section rate in the total sample was 48.1%; however, the rate in the private facility was 82.8%. The proportion of women who felt they were a victim of disrespect, mistreatment or abuse was 12.5%: 14.9% within the public hospital and 7.5% within the private hospital. As for good practices, the incentive to have a companion, the offer of liquids and food, the incentive to move around during labor, the perception of having been welcomed in the maternity ward and skin-to-skin contact were more frequent in the public facility. The feeling of being comfortable asking questions and participating in decisions was more frequent in the private maternity hospital. **Conclusions:** The application of non-recommended routine practices in childbirth care is frequent in both maternity hospitals. The public maternity hospital showed a higher prevalence of good practices compared to the private one. The prevalence of non-recommended practices is higher than the prevalence of experiencing disrespect, humiliation, or mistreatment during childbirth, as perceived by the postpartum women, suggesting a lack of recognition by women of situations of violence. In this scenario, prenatal care provides a space for exchanging information about good practices and raising awareness about practices considered obstetric violence.

**Keywords:** Obstetric violence; Comprehensive health care; Parturition.

## Resumen

**Introducción:** La asistencia al parto está compuesta por prácticas que afectan directamente el sentimiento de seguridad, bienestar y satisfacción de las mujeres. Los procedimientos aplicados sin indicación o sin consentimiento pueden provocar daños e interferir en la experiencia de parto, configurándose como violencia obstétrica. **Objetivo:** Identificar la prevalencia de prácticas recomendadas y no recomendadas en la asistencia al parto, según la Organización Mundial de la Salud, así como la percepción de las mujeres respecto a haber experimentado falta de respeto, maltrato o humillación en el parto. **Métodos:** Estudio transversal con 287 mujeres seleccionadas aleatoriamente en dos maternidades de Porto Alegre, una pública y otra privada, en 2016. Las púerperas respondieron a un cuestionario estructurado, cara a cara, cuatro semanas después del parto, sobre aspectos socioeconómicos, antecedentes de salud, experiencia de parto (prácticas e intervenciones) y percepción de haber sufrido falta de respeto, maltrato o humillación por parte de los profesionales. **Resultados:** De las intervenciones no recomendadas de rutina, el uso de oxitocina fue el más prevalente (56%), seguido de la amniotomía (48,5%) y la episiotomía (37,1%). La maniobra de presión fundal uterina (Kristeller) se realizó en el 11,3% de los partos; al estratificar por maternidad, la prevalencia fue del 25,7% en la privada y del 8,2% en la pública. La amniotomía ocurrió en el 48,5% de los partos, siendo el 55,4% en la maternidad pública y el 14,7% en la privada. La tasa general de cesáreas fue del 48,1%, con un 31,4% en la maternidad pública y un 82,8% en la privada. La percepción de haber faltado el respeto, maltratada o humillada se dio en el 12,5% de las mujeres entrevistadas: un 14,9% en la maternidad pública y un 7,5% en la privada. En cuanto a las buenas prácticas de asistencia, el fomento de tener un acompañante, la oferta de líquidos y alimentos, el estímulo a la movilidad durante el trabajo de parto, la percepción de haber sido acogida en la maternidad y el contacto piel a piel fueron más frecuentes en la maternidad pública. Por otro lado, el sentimiento de estar cómoda para hacer preguntas y participar en las decisiones fue más frecuente en la maternidad privada. **Conclusiones:** Es frecuente la aplicación de prácticas no recomendadas de rutina en la asistencia al parto en ambas maternidades. La maternidad pública presentó una mayor prevalencia de buenas prácticas en comparación con la privada. La prevalencia de prácticas no recomendadas es superior a la prevalencia de haber sufrido falta de respeto, humillación o maltrato en el parto, según la percepción de las púerperas, lo que sugiere un escaso reconocimiento por parte de las mujeres de situaciones de violencia. En este escenario, la atención prenatal es un espacio para el intercambio de información sobre buenas prácticas y el reconocimiento de prácticas consideradas violencia obstétrica.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica; Atención integral de salud; Parto.

## INTRODUÇÃO

O cuidado de qualidade no período que envolve a gestação, o parto e o pós-parto permanece como um objetivo mundial, em decorrência das elevadas taxas de morbimortalidade materna e de situações de negligência, abuso e desrespeito no cuidado obstétrico.<sup>1</sup> Os maus-tratos no parto são considerados problema de saúde pública<sup>2</sup> e vêm recebendo maior reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde

(OMS) nas últimas décadas, com a publicação dos documentos “Intrapartum care for a positive childbirth experience” e “Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth”.<sup>1,3</sup> Esses documentos apontam as diversas formas de violações dos direitos das mulheres e de uso de más práticas assistenciais em maternidades.<sup>1,3</sup>

O termo “violência obstétrica” (VO) é usado para fazer referência a qualquer tipo de violação da integridade física, sexual ou psicológica no atendimento obstétrico. Ela pode ocorrer em um contexto de discriminação, por exemplo, de acordo com classe socioeconômica, grupo étnico-racial, condição de saúde, entre outras situações.<sup>4</sup> A VO também se manifesta em um cenário de práticas não indicadas, não informadas e/ou não consentidas, muitas vezes para fins de treinamento, como em hospitais-escola, onde é comum a realização de múltiplos exames vaginais desnecessários, por exemplo.<sup>2</sup> Para este estudo, utilizou-se a terminologia VO para se referir aos maus-tratos, ao abuso e ao desrespeito sofrido pela mulher durante o trabalho de parto e o parto, por parte dos profissionais de saúde, expressos também em práticas não recomendadas, sem evidência científica dos seus benefícios ou potencialmente danosas, a exemplo da manobra de pressão no fundo uterino (Kristeller) e de procedimentos realizados sem consentimento.

O termo VO foi criado na Venezuela e atualmente é utilizado em toda a América Latina, sendo adotado por movimentos sociais, comunidade acadêmica, associações profissionais e pessoas com atuação política, comprometidas com a luta pelos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Movimentos como a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, fundada em 1993 no Brasil,<sup>5</sup> impulsionaram mudanças legais no atendimento obstétrico, como a lei do acompanhante em 2005<sup>6</sup> e a transparência na taxa de cesarianas de cada maternidade/médico obstetra em 2015.<sup>7</sup> O uso da terminologia “violência obstétrica”, apesar de dividir opiniões entre as diversas sociedades de assistência obstétrica, e pelo Ministério da Saúde, permite o reconhecimento de uma problemática importante no cenário do cuidado obstétrico em âmbito nacional e coloca em evidência esse tipo específico de violência de gênero ainda tão presente nas maternidades brasileiras.<sup>8-10</sup>

Instrumentos que avaliam a percepção das mulheres em relação a ter sofrido VO mostram que a prevalência do fenômeno é em torno de 20% no mundo.<sup>11-14</sup> Quando o instrumento se destina a mensurar a VO por meio de práticas não recomendadas, essa prevalência é bastante superior, com variação de 78 a 98%.<sup>12,15</sup> Pesquisa realizada na região Norte do Brasil constatou que 87% das parturientes que tiveram parto vaginal sofreram pelo menos algum tipo de intervenção desnecessária, segundo as recomendações da OMS.<sup>16</sup> Nesse estudo, os autores consideraram que qualquer incompatibilidade às recomendações já caracterizaria uma situação de violência na assistência ao parto.<sup>16</sup>

As diferentes definições de VO utilizadas nos estudos, tanto em âmbito nacional quanto internacional, resultam na grande variação das prevalências encontradas. O trabalho de Freedman, por exemplo, propõe a compreensão da VO em diferentes níveis (Quadro 1).<sup>17</sup> De forma menos ampla, existem os comportamentos que são unanimemente identificados como desrespeitosos e abusivos. Além disso, existem práticas que tendem a ser naturalizadas: tanto comportamentos que as parturientes consideram desrespeitosos ou abusivos, mas os profissionais de saúde não; quanto aqueles que as mulheres veem como normais, mas a comunidade científica, órgãos regulamentadores de saúde e sociedades organizadas consideram violentos. Igualmente, experiências negativas devido a carências do sistema de saúde podem ser condenadas pelas mulheres e pelos profissionais ou serem normalizadas.<sup>17</sup> O Quadro 1 apresenta situações e comportamentos que se desviam das práticas de qualidade, humanização e/ou de direitos humanos.

**Quadro 1.** Compreensão da violência obstétrica em diferentes níveis.

<b>Níveis de desqualificação da assistência (violência obstétrica)</b>	<b>Exemplos de comportamentos e práticas</b>
Tratamentos considerados unanimemente desrespeitosos e/ou abusivos	Abuso de força física, abuso sexual e difamação.
Comportamentos normalizados: Pelo profissional de saúde, mas condenados pela parturiente Pela parturiente, mas condenados por outros	Depende da cultura local, do indivíduo e do nível de educação: 1. Exames vaginais repetidos e desnecessários; uso de fórceps ou outras intervenções, quando não indicadas, para acelerar o parto. 2. Formas de tratamento recorrentes na cultura, portanto conhecidos e já aceitos como o tratamento possível, como a posição de litotomia e a episiotomia sem indicação precisa.
Tratamento inadequado devido a deficiências estruturais	Poucos recursos para manejo não farmacológico da dor; impossibilidade de manejo anestésico por falta de profissionais capacitados; espaço físico limitado (impedindo livre circulação e privacidade); incompatibilidade entre número de parturientes e número de profissionais.
Desvios de padrões nacionais de qualidade de assistência ao parto	No Brasil, não cumprimento da lei do acompanhante ou impedir a mamada na primeira hora de vida do recém-nascido, para as mulheres que desejam amamentar.
Desvios de padrões internacionais de qualidade na assistência ao parto/direitos humanos	Não conformidade com as recomendações da OMS: impossibilidade de escolha da posição de parir, não poder alimentar-se e movimentar-se livremente durante o trabalho de parto.

OMS: Organização Mundial da Saúde.

Fonte: adaptado de Freedman et al.,<sup>17</sup> com exemplos de Bowser e Hill,<sup>18</sup> e Tesser et al.<sup>19</sup>

No Brasil, a cultura e a organização dos sistemas de saúde são favoráveis à obstetrícia intervencionista. Os partos ocorrem majoritariamente em hospitais terciários e são assistidos quase que exclusivamente por médicos. Com poucas exceções, mesmo em partos de risco habitual, enfermeiras obstétricas ou obstetrizas não atuam ativamente.<sup>20</sup> Além disso, as próprias mulheres carecem de empoderamento para reivindicação por participação ativa e decisória em seus partos, seja por pré-natais incompletos ou falhos, baixa escolaridade, pouco acesso a informações e conhecimento de seus direitos.<sup>19</sup>

A desqualificação da assistência ao parto muitas vezes produz situações de VO relacionadas a limitações do sistema de saúde, à cultura obstétrica intervencionista, à insuficiência de políticas públicas, à desinformação das mulheres e da sociedade quanto a seus direitos e às boas práticas de assistência ao parto, entre outras questões. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência de práticas recomendadas e não recomendadas na assistência ao parto, segundo a OMS, bem como a percepção das mulheres sobre a vivência de situações de desrespeito, maus-tratos ou humilhação no parto, no intuito de incentivar a reflexão crítica sobre o reconhecimento da VO por parte das mulheres.

## MÉTODOS

### Delineamento e população do estudo

Estudo transversal com puérperas que tiveram parto em duas maternidades de grande porte (uma pública e outra privada) de Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. As mulheres foram selecionadas

aleatoriamente, por sorteio, nesses serviços, responsáveis por aproximadamente 25% dos 30.268 partos ocorridos na capital gaúcha em 2016.

Todas as mulheres residentes em Porto Alegre que deram à luz recém-nascido a termo nas duas maternidades participantes foram elegíveis. Foram excluídas do estudo mulheres ou recém-nascidos com desfechos desfavoráveis no momento do parto (óbito ou internação em cuidados intensivos) ou que apresentassem contraindicação para amamentar, para evitar vieses na medida de VO e de outros desfechos de interesse na pesquisa que originou este estudo.<sup>21,22</sup> Mulheres residentes em áreas de risco para visita domiciliar (definida como áreas em que as visitas de agentes comunitários de saúde estavam suspensas) também foram excluídas, para preservar a segurança da equipe de pesquisa.

## Coleta dos dados

O presente estudo foi realizado a partir de uma pesquisa cujo objetivo principal foi avaliar a satisfação das mulheres com a assistência ao parto. O cálculo amostral utilizado considerou um nível de significância de 5% e de poder do teste de 80%. A amostra estimada a partir do cálculo foi de 276 mulheres.<sup>21</sup> A coleta dos dados ocorreu entre janeiro e agosto de 2016. Diariamente, todas as mulheres que tivessem parto nas 24 horas anteriores e que atendiam aos critérios de inclusão recebiam uma numeração, que foi utilizada para o sorteio. Eram incluídas no estudo, por dia, duas mulheres na maternidade pública e uma na privada, até alcançar a amostra pretendida. Essa proporção visou garantir uma representatividade em relação à utilização dos serviços públicos e privados no Brasil, descrita na literatura como sendo de aproximadamente 70 e 30%, respectivamente.<sup>23,24</sup>

No período de 30 a 37 dias após o parto, foi realizada uma entrevista no domicílio ou, raras vezes, em outro local de preferência da mulher, para aplicação de um questionário estruturado, o qual foi elaborado especificamente para este estudo, com base na experiência pregressa das pesquisadoras e nos documentos orientadores da assistência ao parto no Brasil.<sup>25,26</sup> As informações referentes a idade, cor de pele e escolaridade foram coletadas dos prontuários das mulheres sorteadas, antes de serem avaliados os critérios de inclusão. Foram consideradas perdas as mulheres que não foram encontradas para realização da entrevista após pelo menos três tentativas de contato telefônico e uma presencial.

As entrevistas foram realizadas após projeto piloto que apontou a necessidade de pequenos ajustes de natureza semântica no questionário. A equipe de campo foi composta de 12 entrevistadoras capacitadas para a função. Semanalmente, eram realizadas reuniões com a equipe de campo, buscando maior uniformidade na coleta de dados.

## Variáveis e aspectos estatísticos

As variáveis utilizadas neste estudo (sociodemográficas, obstétricas e de assistência ao parto) foram sistematizadas e analisadas por meio do *software* SPSS 21. As variáveis sociodemográficas incluídas foram: idade, cor da pele (autorreferida), escolaridade, situação conjugal, ocupação e nível socioeconômico. A condição socioeconômica seguiu o critério de classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).<sup>27</sup> As variáveis relacionadas à saúde da mulher e a questões obstétricas foram: problemas atuais ou progressos de saúde mental, paridade, ter entrado em trabalho de parto, via de parto, intervenções e boas práticas aplicadas no parto. Cada prática foi perguntada separadamente, uma a uma, durante a entrevista às mulheres. Após, considerando as recomendações de assistência ao parto da OMS,<sup>1</sup> essas práticas foram classificadas como intervenções não recomendadas (aquelas em que não há indicação em qualquer contexto, como manobra de

pressão no fundo uterino, tricotomia e enema), não recomendadas de rotina (aquelas que podem ser indicadas em situações específicas, como amniotomia, episiotomia, uso de ocitocina, fórceps e posição de litotomia) e boas práticas na assistência ao parto (incentivo a ter acompanhante, ter se sentido à vontade para fazer perguntas e participar das decisões, ter privacidade, ter se sentido acolhida, ter se sentido segura, ter compreendido as informações, incentivo a deambular, oferta de alimentos e líquidos, escolha da posição do parto, uso de analgesia, clampeamento tardio do cordão, contato pele a pele, recém-nascido (RN) colocado para mamar na primeira hora de vida e mulher ter sido informada sobre o motivo da separação, no caso de o RN necessitar de assistência e ser afastado dela). Foram calculadas as respectivas frequências absolutas e relativas para cada variável categórica. A análise bivariável foi realizada utilizando-se os testes Exato de Fisher e  $\chi^2$ .

Para avaliar a percepção da mulher de ter sofrido desrespeito, maus-tratos ou humilhação no parto, foi utilizada a seguinte questão: "Em algum momento você se sentiu desrespeitada, humilhada ou maltratada por parte dos profissionais de saúde?", tendo como alternativas de resposta: "Sim", "Não" e "Não sei/Não lembro". A resposta "Sim" a essa questão foi entendida como percepção clara de VO.

## Aspectos éticos

Este estudo encontra-se em conformidade com as normas que regem pesquisas com seres humanos, tendo sido aprovado pelos comitês de ética em pesquisa (CEP) das instituições envolvidas (CAAE 49938015.3.0000.5327 e 46775115.0.3002.5330).<sup>28</sup> Todas as puérperas que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Entre as puérperas sorteadas (n=503), 379 foram elegíveis. Destas, 287 foram efetivamente entrevistadas. Ocorreram 25 (6,6%) recusas, e 67 mulheres (17,7%) foram perdidas por falha no contato para agendamento das entrevistas. As mulheres não entrevistadas diferiram em dois aspectos em relação àquelas entrevistadas: apresentaram menor escolaridade ( $p<0,01$ ) e maior prevalência de cor da pele branca ( $p=0,03$ ). A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e obstétricas das mulheres entrevistadas, conforme o serviço em que foram atendidas.

As mulheres da maternidade pública eram, em sua maioria, jovens (menos de 34 anos), pertencentes às classes socioeconômicas C, D ou E, pretas ou pardas e com ensino fundamental ou médio completo, enquanto as mulheres da maternidade privada, em geral, tinham idade superior a 35 anos, ingresso prévio ao ensino superior e pertenciam às classes socioeconômicas A ou B. A taxa geral de cesariana foi de 48,1%; porém, entre as mulheres que tiveram parto na maternidade privada, essa proporção atingiu 82,8%. A Tabela 2 apresenta a prevalência de intervenções não recomendadas e não recomendadas de rotina no atendimento ao parto nas maternidades em estudo.

O uso de ocitocina para induzir ou acelerar o parto foi a intervenção não recomendada de rotina mais prevalente (56%), seguido da amniotomia (48,5%) e da episiotomia (37,1%). A manobra de pressão fúndica uterina (Kristeller) foi realizada em 11,3% da totalidade de partos; quando estratificada por maternidade, a prevalência foi de 25,7% na privada e 8,2% na pública. A amniotomia ocorreu em 48,5% dos partos, 55,4% daqueles realizados na maternidade pública e 14,7%, na maternidade privada. Apenas as intervenções de manobra de pressão no fundo uterino e amniotomia diferiram nas maternidades estudadas de forma estatisticamente significativa.



**Tabela 1.** Características sociodemográficas e obstétricas de mulheres de maternidades de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Características sociodemográficas	Amostra total	Maternidade pública	Maternidade privada	Valor p**
	(n=287)	n=194 (67,6)	n=93 (32,4)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade (anos)				
≤19 anos	23 (8,0)	23 (11,9)	00 (0,0)	
20–34 anos	199 (69,3)	149 (76,8)	50 (53,8)	<0,001
≥35 anos	65 (22,6)	22 (11,3)	43 (46,2)	
Cor da pele				
Branca	216 (75,3)	131 (32,5)	85 (91,4)	<0,001
Preta/Parda	71 (24,7)	63 (67,5)	8 (8,6)	
Nível socioeconômico (n=285)				
A-B	163 (57,2)	72 (37,5)	91 (97,8)	<0,001
C-D-E	122 (42,8)	120 (62,5)	2 (2,2)	
Escolaridade				
Fundamental ou médio	163 (56,8)	160 (85,5)	3 (3,2)	<0,001
Ensino superior*	124 (43,2)	34 (17,5)	90 (96,8)	
Mora com companheiro				
Sim	247 (86,1)	158 (81,4)	89 (95,7)	0,001
Não	40 (13,9)	36 (18,6)	4 (4,3)	
Situação de trabalho quando engravidou (n=274)				
Trabalhando	207 (75,5)	126 (68,1)	81 (75,5)	<0,001
Não trabalhando	67 (24,5)	59 (31,9)	8 (24,5)	
Problemas de saúde mental				
Atual ou progresso	38 (13,2)	23 (11,9)	15 (16,1)	0,354
Não	249 (86,8)	171 (88,1)	78 (83,9)	
Paridade (n=286)				
Primípara	142 (49,7)	84 (43,5)	58 (62,4)	0,004
Múltipara	144 (50,3)	109 (56,5)	35 (37,6)	
Via de parto				
Vaginal	149 (51,9)	133 (68,6)	16 (17,2)	<0,001
Cesariana	138 (48,1)	61 (31,4)	77 (82,8)	
Entrou em trabalho de parto				
Sim	205 (71,4)	169 (87,1)	36 (38,7)	<0,001
Não	82 (28,6)	25 (12,9)	57 (61,3)	

\*Completo ou incompleto; \*\*p-valor referente à análise bivariável (testes Exato de Fisher e  $\chi^2$ ).

A percepção de ter sido desrespeitada, maltratada ou humilhada ocorreu para 12,5% das mulheres entrevistadas: 14,9% na maternidade pública e 7,5% na maternidade privada, porém sem diferença estatisticamente significativa. Em relação às boas práticas na assistência obstétrica (Tabela 3), 90,1% das mulheres foram incentivadas a ter acompanhante durante o parto, 78,3% se sentiram plenamente acolhidas, e a 55,4% foram oferecidos líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto. O incentivo à movimentação durante o trabalho de parto ocorreu para 43,1% das parturientes, e o contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento foi proporcionado para 59,4%. Essas práticas tiveram diferença

**Tabela 2.** Prevalência de intervenções não recomendadas e não recomendadas de rotina durante o trabalho de parto em maternidades de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Intervenções não recomendadas	Amostra total	Maternidade pública	Maternidade privada	Valor p*
	(n=287)	n=194 (67,6)	n=93 (32,4)	
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Intervenções não recomendadas</b>				
Tricotomia (n=202)				
Sim	12 (5,9)	8 (4,8)	4 (11,4)	0,228
Não	190 (94,1)	159 (95,2)	31 (88,6)	
Enema (n=203)				
Sim	7 (3,4)	4 (2,4)	3 (8,6)	0,100
Não	196 (96,6)	164 (97,6)	32 (91,8)	
Manobra de Kristeller (n=194)				
Sim	22 (11,3)	13 (8,2)	9 (25,7)	<b>0,007</b>
Não	172 (88,7)	146 (91,8)	26 (74,3)	
<b>Intervenções não recomendadas de rotina</b>				
Amniotomia (n=200)				
Sim	97 (48,5)	92 (55,4)	5 (14,7)	<b>&lt;0,001</b>
Não	103 (51,5)	74 (44,6)	29 (85,3)	
Uso de ocitocina para induzir ou acelerar o parto (n=193)				
Sim	108 (56,0)	94 (58,8)	14 (42,2)	0,123
Não	85 (44,0)	66 (41,3)	19 (57,6)	
Episiotomia (n=194)				
Sim	72 (37,1)	64 (39,8)	8 (24,2)	0,114
Não	122 (62,9)	97 (60,2)	25 (75,8)	
Fórceps (n=195)				
Sim	11 (5,6)	7 (4,4)	4 (11,4)	0,113
Não	184 (94,4)	153 (95,6)	31 (88,6)	
Posição de litotomia (n=151)				
Sim	150 (99,3)	134 (99,3)	16 (100)	1,000
Não	1 (0,7)	1 (0,7)	0 (0,0)	
<b>Percepção de desrespeito, maus-tratos ou humilhação no parto (violência obstétrica)</b>				
Sim	36 (12,5)	29 (14,9)	7 (7,5)	0,088
Não	251 (87,5)	165 (81,1)	86 (92,5)	

\*p-valor referente à análise bivariável (teste Exato de Fisher).

significativa em sua ocorrência entre as maternidades pública e privada, sendo mais frequentemente aplicadas na maternidade pública. Já o sentimento de estar à vontade para fazer perguntas e participar das decisões foi significativamente mais frequente na maternidade privada.

## DISCUSSÃO

As intervenções não recomendadas de rotina mais prevalentes neste estudo foram o uso de ocitocina (56%), a amniotomia (48,5%) e a episiotomia (37,1%). A manobra de pressão fúndica uterina foi realizada em 11,3% dos partos, com maior frequência na maternidade privada. A amniotomia foi mais



**Tabela 3.** Prevalência de boas práticas durante o trabalho de parto e nascimento em maternidades de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Boas práticas no parto	Amostra (n=287)	Maternidade pública n=194 (67,6)	Maternidade privada n=93 (32,4)	Valor p**
	n (%)	n (%)	n (%)	
Incentivada a ter a presença de acompanhante (n=284)				
Sim	256 (90,1)	181 (93,8)	75 (82,4)	<b>0,005</b>
Não	28 (9,9)	12 (6,2)	16 (17,6)	
Teve acompanhante em todos os momentos (n=187)				
Sim	162 (91,3)	173 (89,2)	89 (95,7)	0,076
Não	25 (8,7)	21 (10,8)	4 (4,3)	
Sentiu-se à vontade para fazer perguntas e participar das decisões (n=283)				
Sim, plenamente	240 (84,8)	157 (81,8)	83 (91,2)	<b>0,050</b>
Não ou insuficiente	43 (15,2)	35 (18,2)	8 (8,8)	
Teve privacidade (n=280)				
Sim, plenamente	235 (83,9)	157 (83,1)	78 (85,7)	0,608
Não ou pouca	45 (16,1)	32 (16,9)	13 (14,3)	
Sentiu-se acolhida (n=281)				
Sim, plenamente	220 (78,3)	155 (82,4)	65 (69,9)	<b>0,021</b>
Pouco ou insuficiente	61 (21,7)	33 (17,6)	28 (30,1)	
Sentiu-se segura (n=282)				
Sim, plenamente	209 (74,1)	141 (74,6)	68 (73,1)	0,775
Pouco ou insuficiente	73 (25,9)	48 (25,4)	25 (26,9)	
Compreendeu as informações dadas pelos profissionais				
Sim, plenamente	251 (87,5)	167 (86,1)	84 (90,3)	0,347
Não ou nem todas	36 (12,5)	27 (13,9)	9 (9,7)	
Foram oferecidos líquidos e alimentos leves (n=204)				
Sim	113 (55,4)	108 (64,3)	5 (13,9)	<b>&lt;0,001</b>
Não	91 (44,6)	60 (35,7)	31 (86,1)	
Foi incentivada a movimentar-se (n=204)				
Sim	88 (43,1)	83 (49,1)	5 (14,3)	<b>&lt;0,001</b>
Não	116 (56,9)	86 (50,1)	30 (85,7)	
Escolheu a posição do parto (n=151)				
Sim	13 (8,6)	12 (8,9)	1 (6,3)	1,000
Não	138 (91,4)	123 (91,1)	15 (93,8)	
Foram utilizados métodos para alívio da dor* (n=205)				
Sim	164 (80,0)	138 (81,7)	26 (72,2)	0,250
Não	41 (20,0)	31 (19,3)	10 (27,8)	
Clampeamento tardio do cordão (n=217)				
Sim	92 (42,4)	60 (39,0)	32 (50,8)	0,131
Não	125 (57,6)	94 (61,0)	31 (49,2)	
Se RN retirado da mãe, foi explicado o motivo (n=265)				
Sim	209 (78,9)	144 (81,8)	65 (73,0)	0,112
Não	56 (21,1)	32 (18,2)	24 (27,0)	
Teve contato pele a pele na sala de parto (n=281)				
Sim, imediato	167 (59,4)	130 (68,4)	37 (40,7)	<b>&lt;0,001</b>
Após procedimentos	24 (8,5)	19 (10,0)	5 (5,5)	
Não	90 (32,0)	41 (21,6)	49 (53,8)	
RN colocado para mamar na primeira hora de vida (n=284)				
Sim	189 (66,5)	129 (67,5)	60 (64,5)	0,688
Não	95 (33,5)	62 (32,5)	33 (35,5)	

RN: recém-nascido; \*métodos farmacológicos ou não farmacológicos; \*\*p-valor referente à análise bivariável (testes Exato de Fisher e  $\chi^2$ ).

frequente na maternidade pública (55,4%) em comparação com a maternidade privada (14,7%). A taxa geral de cesariana foi de 48,1%, sendo 31,4% na maternidade pública e 82,8% na maternidade privada. A percepção de ter sido desrespeitada, maltratada ou humilhada ocorreu para 12,5% das mulheres entrevistadas: 14,9% na maternidade pública e 7,5% na maternidade privada. O intervencionismo no parto não é exclusivo das maternidades incluídas neste estudo. Outros inquéritos, realizados tanto no contexto brasileiro como no internacional, apontam para frequências de maus-tratos no parto similares às encontradas no presente estudo (11,3%, sendo 8,2% no sistema público e 25,7% no sistema privado), com prevalência de manobra de pressão no fundo uterino variando de 16<sup>20</sup> a 37%,<sup>29</sup> a despeito de ser uma prática proscrita, por sua associação com maiores índices de internação do RN em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de laceração de períneo.<sup>30</sup>

As rotinas protocolares rígidas também são características das maternidades. Em estudo representativo da população brasileira publicado em 2014, constatou-se que 91% dos partos da rede pública e 89% dos da rede privada ocorreram em posição de litotomia.<sup>29</sup> No presente estudo, 91% das mulheres afirmaram não ter escolhido a posição do parto, e praticamente todas as mulheres que tiveram parto vaginal pariram em posição de litotomia, apesar de as evidências demonstrarem que posições verticalizadas estão associadas a menor tempo de trabalho de parto, menor sensação de dor intensa, menor uso de intervenções e maior satisfação com a experiência de parto.<sup>31</sup>

A episiotomia é uma prática aplicada exclusivamente nas mulheres que têm parto vaginal, em que é feita uma incisão no períneo com a suposta finalidade de auxiliar a passagem do feto. Essa prática é reconhecida por alguns autores como uma mutilação genital moderna<sup>32</sup> que, além de não ter evidências bem estabelecidas de benefícios, quando mal indicada está associada com lacerações de períneo de terceiro e quarto grau, hemorragia e infecção.<sup>33</sup> Estudos realizados no Brasil mostram uma tendência de redução dessa prática nas maternidades: em 2014, a prevalência era de 47 e 67% nos setores público e privado,<sup>29</sup> respectivamente; e em 2017, era de 28% no setor público e 39% no setor privado,<sup>20</sup> prevalência muito parecida à encontrada no presente estudo, que identificou frequência geral de 37,1%: 24,2% na maternidade pública e 39,8% na maternidade privada.

O Brasil apresenta uma das mais altas taxas de cesariana do mundo: 56% em 2016.<sup>34</sup> Considerando apenas o sistema suplementar de saúde (seguros de saúde e financiamento privado), as taxas sobem para 85%.<sup>34</sup> O presente estudo identificou prevalência geral de cesariana de 48%, percentual muito acima daquele recomendado pela OMS, de, no máximo, 15%.<sup>35,36</sup> Embora a cesariana tenha revolucionado a obstetrícia, salvando vidas em casos bem indicados, ela apresenta mais riscos à mulher e ao RN quando comparada com a via vaginal de nascimento, como aumento da necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos pela mulher e pelo RN, do uso de antibióticos, de transfusão sanguínea e de histerectomia.<sup>37,38</sup> Portanto, a cirurgia cesariana, quando não é bem indicada por motivos maternos ou fetais, é um fator de aumento da morbimortalidade materna e infantil.<sup>39</sup>

O presente estudo permite identificar que a elevada prevalência de práticas desnecessárias, sem evidência científica de benefícios e, por vezes, danosas para as mulheres, não é compatível com a prevalência de percepção de desrespeito, maus-tratos e humilhação referidos pelas mulheres. Esse aspecto sugere o não reconhecimento, por parte das mulheres, de situações consideradas violentas de acordo com as definições sustentadas pelos órgãos oficiais, como a OMS<sup>1</sup> e o Ministério da Saúde,<sup>26</sup> bem como pela comunidade científica.<sup>40</sup> Supõe-se que mulheres apropriadas dos seus direitos e com conhecimento das boas práticas na assistência ao parto teriam condições de identificar atitudes e intervenções não recomendadas, as quais parecem ter sido naturalizadas, pelo que mostram os achados

deste estudo. Nesse contexto, o pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>21</sup> pode ser um espaço importante de instrumentalização da mulher para reconhecimento dos seus direitos no parto, conhecimento das práticas benéficas para a mãe e para o bebê, tais como posição do parto, movimentação, ingestão de água e alimentos leves, bem como evitação de práticas não recomendadas de rotina.

A VO afeta diretamente os direitos das mulheres como cidadãs<sup>2</sup> e tem impactos no curto e no longo prazo, tanto para a mulher quanto para o RN,<sup>2</sup> a família e a sociedade, a exemplo da depressão pós-parto.<sup>41</sup> Mulheres vítimas de maus-tratos no parto têm maior risco de desenvolver estresse pós-traumático e depressão, agravos que, além de afetar a saúde psicológica, interferem na relação com o bebê.<sup>42</sup> Filhos de mulheres com depressão pós-parto têm maior risco de apresentar problemas cognitivos, afetivos e psicológicos na idade adulta.<sup>43</sup> Assim, combater a VO nas maternidades tem importante impacto social.

A prevalência de desrespeito, maus-tratos ou humilhação no parto, de acordo com a percepção das mulheres que participaram deste estudo, parece ser maior na maternidade pública quando comparada com a maternidade privada. A maior frequência de VO na instituição pública, apesar de não ser estatisticamente significativa, pode ter ocorrido, possivelmente, pelo fato de que, nesse serviço, 87,1% das mulheres entraram em trabalho de parto, enquanto na instituição privada, apenas 38,7% vivenciou essa experiência. No contexto de assistência obstétrica da maioria das maternidades brasileiras, entrar em trabalho de parto significa estar exposta a diversas intervenções, muitas vezes dolorosas, desnecessárias e sem evidências científicas que justifiquem a sua aplicação.<sup>29</sup> Outro aspecto a ser considerado é o fato de a cesariana programada ser uma escolha (bastante influenciada pela preferência do obstetra) das mulheres provenientes do sistema privado, opção não disponível no sistema público, em um país em que o parto cirúrgico tem importante simbolismo de *status* social.<sup>44</sup>

Quanto às boas práticas na assistência obstétrica, mulheres que tiveram parto na maternidade pública se sentiram mais acolhidas, tiveram maior incentivo a ingerir alimentos leves e líquidos e a movimentar-se durante o trabalho de parto. Isso ocorreu, possivelmente, pelo fato de um maior número de mulheres da maternidade pública ter entrado em trabalho de parto. Estratégias que fornecem maior segurança, força e autonomia para a mulher, como a movimentação durante o parto, além de reduzir a duração do primeiro estágio do trabalho de parto, também reduzem a necessidade de cesariana e anestesia peridural, consistindo ainda em uma manifestação de respeito à autonomia da mulher.<sup>45,46</sup> Na instituição pública, as mulheres foram mais incentivadas a ter um acompanhante, direito assegurado em lei<sup>6</sup> e associado com menor duração do trabalho de parto, diminuição das taxas de cesariana, parto vaginal instrumental, uso de analgesia e risco de sofrer VO.<sup>47</sup> Ter um acompanhante no parto protege a mulher de situações de violência e proporciona melhor experiência de parto e, por consequência, maior satisfação com a assistência recebida.<sup>48,49</sup> A pesquisa Nascir no Brasil identificou que 80,7% das mulheres não tiveram acompanhante em algum momento do parto,<sup>49</sup> aspecto que evidencia a distância existente entre o direito garantido por lei há quase duas décadas e o que é efetivamente realizado na prática.

Outra boa prática, de importante benefício para a mãe e o bebê, é o contato pele a pele, sendo reconhecido pela prevenção de hipotermia e por promover a amamentação.<sup>50</sup> O contato pele a pele foi realizado em pouco mais da metade dos binômios neste estudo, percentual muito superior ao encontrado em outro estudo nacional (34%), porém ainda pouco frequente, considerando os benefícios dessa prática de baixo custo e de simples aplicação.<sup>51</sup>

Nesse cenário, solidificar o pré-natal como ferramenta de orientação da mulher e de sua parceria para combater a VO e estimular boas práticas de assistência ao parto pode ser efetivo, uma vez que esse acompanhamento é longitudinal e propicia o estabelecimento de vínculo com a gestante e sua

parceria. O plano de parto pode ser a materialização da construção realizada de forma compartilhada entre profissional, gestante e parceria ao longo do pré-natal, um instrumento que empodera a mulher e manifesta suas escolhas de maneira clara e documentada, oportunizando espaço de educação, escuta e diálogo acerca das práticas de assistência ao parto. Outro aspecto que merece destaque é a importância de evitar falhas na continuidade do cuidado, no contexto da transição entre atenção primária e maternidade. Se o trabalho realizado junto à gestante na atenção primária, incluindo a construção do plano de parto, estiver alinhado com as práticas de cuidado da maternidade de referência, acredita-se que as chances de uma experiência positiva de parto aumentem, baseado em estudos sobre a continuidade das relações interpessoais nesse período.<sup>52</sup> A realização de grupos de gestantes e de visitas guiadas à maternidade de referência são possibilidades que podem facilitar essa transição.

Este estudo foi conduzido com rigor metodológico e contínuo controle de qualidade (encontros regulares com as entrevistadoras, verificação de perguntas-chave com 5% da amostra). As entrevistas foram realizadas face a face, o que garante maior qualidade dos dados coletados. As informações provenientes deste estudo fornecem subsídios para qualificar a assistência obstétrica, propor atividades de educação permanente para as equipes que atuam na assistência ao pré-natal e ao parto, e desenvolver políticas públicas para combater as violações aos direitos das mulheres.

Entre as limitações, deve-se considerar que os dados foram coletados em 2016 e foram utilizadas diretrizes de 2018 para avaliação das recomendações de práticas de assistência ao parto. Também são limitações neste estudo o número de perdas, a exclusão de mulheres residentes em áreas de risco — possivelmente mais vulneráveis e expostas a práticas violentas — e o tamanho da amostra, que pode ter limitado o poder para verificar algumas associações.

## CONCLUSÃO

Este estudo mostra as diferenças existentes entre mulheres usuárias de maternidades públicas e maternidades privadas de Porto Alegre (RS), no que se refere a características sociodemográficas, obstétricas e, sobretudo, assistenciais. Mulheres do sistema público de saúde, em sua maioria, entraram em trabalho de parto e tiveram parto vaginal, enquanto mulheres do sistema privado tiveram, majoritariamente, partos cirúrgicos, previamente agendados. Tanto a maternidade pública quanto a privada tiveram elevadas prevalências de práticas não recomendadas de rotina, conforme a OMS. A maternidade pública apresentou maior prevalência de boas práticas na assistência ao parto.

Os achados evidenciam a distância existente entre a percepção de ter sofrido VO pelas mulheres e o que é tido como definição desse fenômeno, de acordo com publicações técnico-científicas. Mulheres expostas a práticas desnecessárias, obsoletas e dolorosas frequentemente não as identificam como violentas. A cesariana foi mais frequente na maternidade privada, enquanto o parto vaginal foi mais frequente na maternidade pública. Uma vez que o tipo de parto interfere diretamente na exposição das mulheres a um número maior de práticas assistenciais, mulheres do sistema público vivenciaram uma prevalência maior de boas práticas em comparação com aquelas do sistema privado. Práticas não recomendadas foram frequentes em ambas as maternidades.

A APS tem papel importante na instrumentalização das gestantes acerca dos direitos no parto, na identificação de práticas violentas e desnecessárias, no estímulo ao conhecimento das boas práticas, para que, sobretudo, possam vivenciar experiências positivas. O respeito, o acolhimento e a aplicação de práticas baseadas em evidências científicas são direitos das mulheres e compromisso de todos os

profissionais que as acompanham no ciclo gravídico-puerperal. A utilização do plano de parto, de forma compartilhada, e a melhoria da continuidade do cuidado entre atenção primária e maternidade, são exemplos de estratégias que podem contribuir para um cuidado mais qualificado e centrado na gestante.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, instituição de vínculo das pesquisadoras; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) o financiamento da pesquisa; e a todas as mulheres que fizeram parte desta pesquisa.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

JCP: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. ASS: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Validação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. ACMM: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Validação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. SMSA: Análise Formal, Investigação, Metodologia, Recursos, Software, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. MB: Análise Formal, Investigação, Metodologia, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição. CG: Conceituação, Curadoria de Dados, Análise Formal, Obtenção de Financiamento, Investigação, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Validação, Escrita – Primeira Redação, Escrita – Revisão e Edição.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva; 2018.
2. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev* 2015;25(3):377-84. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
3. World Health Organization (WHO). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. World Health Organization; 2014.
4. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015;12(6):e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
5. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters* 2016;24(47):47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
6. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 2005 Apr. 8.
7. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Estímulo ao Parto Normal - ANS - RN nº 368/2015. Rio de Janeiro; 2015.
8. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Nota de apoio da FEBRASGO ao despacho do Ministério da Saúde sobre a utilização da expressão "Violência Obstétrica" [Internet]. 2019 [acessado em 20 maio 2021]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/799-nota-de-apoio-da-febrasgo-ao-despacho-do-ministerio-da-saude-sobre-a-utilizacao-da-expressao-violencia-obstetrica>



9. Reis V. Nota Abrasco: sobre posição do MS ao uso do termo Violência Obstétrica [Internet]. Abrasco; 2019 [acessado em 25 maio 2021]. Disponível em: <https://abrasco.org.br/nota-abrasco-sobre-posicao-do-ministerio-da-saude-ao-uso-do-termo-violencia-obstetrica/>
10. Brasil. Ministério da Saúde. Despacho DAPES/SAS/MS quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. 2019.
11. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *PLoS One* 2015;10(4):e0123606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>
12. Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. *Reprod Health* 2015;12:33. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0024-9>
13. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan* 2018;33(1):e236-e33. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu079>
14. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:236. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1019-4>
15. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynecol Obstet* 2015;128(2):110-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.08.015>
16. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2016;16(1):29-37. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
17. Freedman LP, Ramsey K, Abuya T, Bellows B, Ndwiga C, Warren CE, et al. Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bull World Heal Organ* 2014;92(12):915-7. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>
18. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. United States Agency for International Development; 2010.
19. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015;10(35):1-12. [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013)
20. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública* 2019;35(7):e00223018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
21. Martins ACM, Giugliani ERJ, Nunes LN, Bizon AMBL, Senna AFK, Paiz JC, et al. Factors associated with a positive childbirth experience in Brazilian women: A cross-sectional study. *Women Birth* 2021;34(4):e337-45. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.003>
22. Senna AFK, Giugliani C, Avilla J, Bizon AMBL, Martins ACM, Giugliani ERJ. Maternal satisfaction with breastfeeding in the first month postpartum and associated factors. *Int Breastfeed J* 2020;15:72. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00312-w>
23. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011;377(9779):1778-97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)
24. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciê Saude Colet* 2018;23(6):1751-62. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.
27. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo; 2015.
28. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos; Revoga as (RES. 196/96); (RES. 303/00); (RES. 404/08). *Diário Oficial da União*. 2013 Jun 13;12(seção1):59.
29. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S17-S47. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
30. Moiety FMS, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40(4):946-53. <https://doi.org/10.1111/jog.12284>
31. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth* 2012;25(3):100-6. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.05.001>
32. Ribeiro MAR. La episiotomia como práctica cultural de género : otro caso de “mutilación genital femenina”. *Investig Fem* 2020;11(1):77-87. <https://doi.org/10.5209/infe.63791>
33. Räsänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynecol Obstet* 2011;115(1):26-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.008>
34. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
35. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. *Hum Reprod Program*. 2015.
36. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2(8452):436-7. PMID: 2863457



37. Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM, Souza JP, Taneepanichskul S, Ruyan P, et al. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08. *Lancet* 2010;375(9713):490-9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61870-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61870-5)
38. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335(7628):1025. <https://doi.org/10.1136/bmj.39363.706956.55>
39. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharaux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MC. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: A population-based case control study in Brazil. *PLoS One* 2016;11(4):e0153396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153396>
40. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciêns Saúde Colet* 2019;24(8):2811-23. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
41. Paiz JC, Castro SMJ, Giugliani ERJ, Ahne SMS, Aqua CBD, Giugliani C. Association between mistreatment of women during childbirth and symptoms suggestive of postpartum depression. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22(1):664. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04978-4>
42. Stewart DE, Vigod S. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2016;375(22):2177-86. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1607649>
43. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet* 2014;384(9956):1800-19. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
44. Riscado LC, Jannotti CB, Barbosa RHS. A decisão pela via de parto no Brasil: temas e tendências na produção da saúde coletiva. *Texto Context Enferm* 2016;25(1):e3570014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600003570014>
45. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva; 2014.
46. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;(10):CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
47. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública* 2005;21(5):1316-27. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500003>
48. Paiz JC, Castro SMJ, Giugliani ERJ, Ahne SMS, Aqua CBD, Souto AS, et al. Development of an instrument to measure mistreatment of women during childbirth through item response theory. *PLoS One* 2022;17(7):e0271278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271278>
49. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública* 2014;30(Suppl 1):S154-68. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
50. World Health Organization (WHO). Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations. Geneva; 2012.
51. Baldisserotto ML, Filha MMT, Gama SGN. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reprod Health* 2016;13(Suppl 3):124.
52. Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience - The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* 2013;29(4):407-15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>