



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Ana Julia de Andrade Fernandes

**DISCRIMINAÇÃO HISTÓRICA SOFRIDA PELA FIGURA FEMININA NO BRASIL: A SAÚDE DAS
MULHERES VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM QUESTÃO.**

Rio de Janeiro

2022

Ana Julia de Andrade Fernandes

**DISCRIMINAÇÃO HISTÓRICA SOFRIDA PELA FIGURA FEMININA NO BRASIL: A SAÚDE DAS
MULHERES VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM QUESTÃO.**

Monografia apresentado à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz
(EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para
aprovação no Curso Técnico em Análises Clínicas.

Orientadora: Simone Goulart Ribeiro

Coorientadora: Cristiane Andrade

Rio de Janeiro

2022

Ana Julia de Andrade Fernandes

DISCRIMINAÇÃO HISTÓRICA SOFRIDA PELA FIGURA FEMININA NO BRASIL: A SAÚDE DAS MULHERES VÍTIMAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA EM QUESTÃO.

Projeto de Monografia apresentado como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Análises Clínicas.

Aprovado em 09/12/2022.

BANCA EXAMINADORA



Simone Goulart Ribeiro
EPSJV/Fiocruz



Cristiane Andrade
Claves/ENSP/Fiocruz



Gabriele Rossi
Associação de Doulas do Rio de Janeiro (ADoulasRJ)

Rio de Janeiro

2022

*Dedico esse trabalho para todas
Nós mulheres, mas especialmente á
Mulher que me gerou a vida: minha mãe.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a mim pelo desempenho, esforço, dedicação e pela paciência de escrever essa monografia, sou grata a todas as transformações e amadurecimentos que passei nesse período de escrita e por todas as coisas as quais vivenciei durante esse período.

Segundamente agradeço aos meus pais, Aline de Andrade e Alexandre Moura, por todo apoio e esforço de sempre acreditar na minha melhor versão e por todas as lutas para me proporcionar as melhores oportunidades sempre. Aos meus pais só tenho a agradecer aos gestos de carinho, a paciência e perseverança sempre, obrigado por fazerem de mim a melhor pessoa possível, sem vocês nada disso teria acontecido. Agradeço também as minhas tias, em especial minha tia Ana, sem você ao meu lado minha formação acadêmica certamente teria sido mais complicada

Agradeço as minhas orientadoras Simone Ribeiro e Cristiane Andrade por terem abraçado esse projeto comigo e por terem se aprofundado no assunto tanto quanto eu, obrigado por toda direção nesse assunto tão atual e repentino para nossa sociedade, e por tornarem essa pesquisa possível. Serei eternamente grata a vocês duas.

Além disso, agradeço aos meus amigos por todo o apoio nessa trajetória tão difícil da minha vida, em especial à Daniela Máximo, João Pedro Vianna e Mariana Passos pelo suporte nos momentos de quase desistência e por todos os impulsos que me fizeram acreditar que eu posso ser sempre a minha melhor versão, obrigado pelo colo nos momentos de vulnerabilidade e por todas os momentos felizes e especiais ao lado de vocês. Não poderia deixar de mencionar meus amigos que estiveram ao meu lado durante todo esse tempo que passamos na Politécnica e que dividiram comigo o mesmo sufoco, obrigado Mariana Mathias, Mariana Reis, Gabriela Lins, Ana Julia Amorim, Gabriel Barros, Gabriel Pereira, Jéssica Isabela, Giovanna Rech, Eduardo Lopes e Rafaela Lunz, sem vocês durante essa caminhada seria mais difícil, obrigado por tornarem meus dias mais leves e tranquilos. E por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer ao meu amigo Davi Diniz, que mesmo virtualmente (na maioria do tempo) esteve presente e minha vida, em todos os momentos, sejam eles de fracassos ou conquistas, tornando-os mais especiais e únicos.

Ademais gostaria de agradecer a todos os profissionais educadores da instituição em especial aos professores Fabiano Gomes, Flávio Paixão, Tainah Galdino. Fernanda Bottino, Marcelo

Coutinho, Suellen Barbosa (nossa bonita) e Wallace Lopes, obrigado por se tornarem mais do que professores, mas sim uma família, agradeço imensamente por todos os ensinamentos que obtive com vocês sejam de vida ou teóricos, vocês serão para sempre os melhores professores que alguém poderia ter.

Por fim gostaria de agradecer a Instituição Oswaldo Cruz juntamente com a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio por me proporcionar essa oportunidade de crescimento pessoal e coletivo, por essa imersão na saúde pública e na ciência como direito e dever de todos, obrigado pela chance de chamar a Fiocruz de casa por me incentivarem cada vez mais a acreditar que com perseverança e dedicação tudo é possível.

RESUMO

O presente estudo tem o intuito de compreender os efeitos da violência obstétrica na saúde da mulher e, também, descrever a perspectiva histórica dessa violência sofrida pela figura feminina no Brasil. Esta pesquisa tem uma abordagem qualitativa, através da revisão da literatura e utilizando as palavras-chave: “violência obstétrica”, “violência de gênero” e “saúde da mulher” para refinar a busca. Elucidar o conceito da violência obstétrica, além de identificar como esta temática está inserida dentro da violência de gênero, é uma forma de trazer mais informação sobre o assunto que, por vezes, ainda é tratado como tabu, buscando sensibilizar sobre o tema e, quem sabe, através do conhecimento, colaborar para a redução dos casos de violência obstétrica no Brasil

Palavras-chave: Violência obstétrica, violência de gênero, saúde da mulher.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MULHER E O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS	11
1.1 MATERNIDADE COMPULSÓRIA	13
2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO	15
3. OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE DA MULHER	19
3.1 A EPISIOTOMIA	21
3.2 USO DA OCITOCINA	22
3.3 MANOBRA DE KRISTELLER	23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	26

INTRODUÇÃO

O termo violência é caracterizado como o uso intencional da força ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Esse termo pode ser dividido em três categorias, são elas: Violência coletiva, violência auto infligida e a violência interpessoal (KRUG *et al*, 2002).

A violência coletiva pode ser definida como uma gama de atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado. Já a violência auto infligida é definida pelos pensamentos suicidas e os abusos praticados pela própria pessoa. E por fim, a violência interpessoal, que se encontra subdividida em violência comunitária e violência familiar, inclui a violência infligida pelo parceiro íntimo, o abuso infantil e abuso contra os idosos (KRUG *et al*, 2002).

A violência, seja ela qual for, deve ser tratada como um problema de saúde pública, onde a mesma, caracteriza-se, sobretudo, por sua ênfase na prevenção. Dessa forma, mais do que simplesmente aceitar ou reagir à violência, seu ponto de partida reside na forte convicção de que o comportamento violento e suas consequências podem ser prevenidas e evitadas (DAHLBERG *et al*, 2006).

Nessa perspectiva, a violência contra a mulher:

está inserida em dois tipos distintos de manifestação de violência: a coletiva e a interpessoal. A primeira contempla os atos perpetrados pelo Estado ou instituições, como violência e escravidão sexual durante guerras e conflitos, violência policial, terrorismo, entre outros. A segunda se refere à violência praticada por indivíduos com ou sem vínculo pessoal/íntimo com a vítima. Pode ocorrer dentro do domicílio ou na comunidade, e inclui violência doméstica (psicológica, física e sexual), coerção reprodutiva, assédio sexual, estupro, mutilação genital, entre outras. (LEITE *et al.*, 2020; KRUG *et al.*, 2002)

Segundo a OMS, por violência obstétrica entende-se um tipo de violência de gênero perpetuada dentro de uma sociedade patriarcal, a partir de uma assistência feita de maneira deficitária e desumanizada, refletida no longo tempo de espera para o atendimento, nos maus tratos físicos e verbais, no desrespeito à privacidade e a liberdade de escolhas da mulher, discriminações por razões étnicas e socioeconômicas, dentre outros (GUIMARÃES, *et al.*, 2018). De acordo com o Dossiê “Parirás com Dor”, elaborado pela Rede de Mulheres Parto do Princípio, violência obstétrica pode ser entendida como os atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde

sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis (2012, p.60).

Algumas dessas práticas disseminadas durante o parto são: episiotomia, que consiste na realização de um corte no períneo para poder aumentar a passagem do bebê durante o parto vaginal; Manobra de Kristeller, que corresponde ao ato de pressionar a parte superior do útero para acelerar o nascimento do bebê, entre outras (LEAL, 2014). De acordo com o artigo “Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual”, cerca de 53,5% dos partos normais tiveram o uso da episiotomia e 36,1% das mulheres relataram ter sofrido com a manobra de Kristeller (LEAL, 2014).

No Brasil, há algumas políticas públicas de melhoria da qualidade da assistência à mulher no pré-natal e no parto com potencial impacto na redução da violência obstétrica, como: Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000); Lei do Acompanhante (2005), Rede Cegonha – Rede de Atenção Materno Infantil (2011); e Diretriz Nacional de Atenção à Gestante (2015/2016). No entanto, é perceptível que nem todos os direitos são respeitados e que a todo momento a autonomia e a vivência do momento de parto são cruelmente retiradas das mulheres.

Portanto, o presente estudo buscou elucidar as raízes e reflexos da violência sofrida pela figura feminina no Brasil, dando maior ênfase à violência obstétrica e seus impactos na saúde da mulher em questão.

1. A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA MULHER E O CONTROLE DOS CORPOS FEMININOS

A desigualdade entre os gêneros constitui uma grande contradição. Ela é observada ao longo da história da civilização e coloca as mulheres em um lugar social de subordinação. Essa desigualdade se traduz em sua forma mais extrema na manifestação da violência contra a mulher, que é resultado de uma relação de poder exercida através da força e da dominação (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009).

Nesse contexto, surge o movimento feminista com o objetivo de lutar contra essa desigualdade, garantir direitos igualitários entre homens e mulheres e reivindicar a participação e representação das mulheres nas esferas sociais. Segundo Françoise Collin citada por Rodrigues na publicação “Caderno Corpo: Artigo Indefinido” (2017), feminismo é “um movimento plural, sem hierarquia, dogmas, controle ou estruturas centralizadas, que não defende uma verdade, mas está em permanente processo de construção de uma agenda que evolui e se modifica” (p.48). Refere-se a uma doutrina ou movimento social cujos adeptos principais ou atores, [...] são geralmente mulheres cuja característica é definida pelas ideias de liberdade e igualdade e, conseqüentemente, pela crítica às formas hierarquizadas de relacionamento social. (FRANÇA, 2018). O feminismo é um instrumento de reflexão e mobilização social.

Para que possamos analisar o papel social da mulher, primeiramente é importante que se diferencie o sexo biológico do gênero. O sexo biológico, também associado ao determinismo biológico, se refere às características anatômicas e fisiológicas que produzem diferenças na estrutura corporal de homens e mulheres, como por exemplo o metabolismo e os sistemas reprodutores. Tais características são determinadas pelos genes. O gênero, por sua vez, é associado à cultura e ao contexto histórico. Para Louro (1995;1997;2000), somente no meio social, os corpos ganham sentido e seus papéis sociais são atribuídos. Para a autora (2000):

Através de processos culturais, definimos o que é — ou não — natural; produzimos e transformamos a natureza e a biologia e, conseqüentemente, as tornamos históricas. Os corpos ganham sentido socialmente. A inscrição dos gêneros — feminino ou masculino — nos corpos é feita, sempre, no contexto de uma determinada cultura e, portanto, com as marcas dessa cultura. As possibilidades da sexualidade — das formas de expressar os desejos e prazeres — também são sempre socialmente estabelecidas e codificadas. As identidades de gênero e sexuais são, portanto, compostas e definidas por relações sociais, elas são moldadas pelas redes de poder de uma sociedade. (p. 09)

Piscitelli (2002) reforça o papel político do gênero ao afirmar que ele é transversal à diversas identidades constituídas discursivamente – raciais, de classe, étnicas, sexuais e outras – motivo que torna impossível separar “gênero” das intersecções políticas e culturais nas quais é produzido e sustentado (p.16).

Como exemplo das atribuições e/ou representações sociais pautadas no gênero, temos a divisão sexual do trabalho. Como afirmam Boris e Cesídio (2007):

Na sociedade patriarcal, gerada no período colonial, o homem tinha o direito de controlar a vida da mulher como se ela fosse sua propriedade, determinando os papéis a serem desempenhados por ela, com rígidas diferenças em relação ao gênero masculino. O homem tinha o dever de trabalhar para dar sustento à sua família, enquanto a mulher tinha diversas funções: de reprodutora, de dona-de-casa, de administradora das tarefas dos escravos, de educadora dos filhos do casal e de prestadora de serviços sexuais ao seu marido.

Silva (2010) afirma que:

Às mulheres, sempre foi reservado um lugar de menor destaque, seus direitos e seus deveres estavam sempre voltados para a criação dos filhos e os cuidados do lar, portanto, para a vida privada, e, durante o século das luzes, quem julgasse se apossar da igualdade estabelecida pela Revolução Francesa para galgar espaços na vida pública teria como destino a morte certa na guilhotina. Muitas mulheres que tentaram reivindicar seus direitos de cidadania tiveram esse destino

O papel da mulher dentro de qualquer sociedade é predisposto desde a criação do que conhecemos como democracia, isso dentro de uma lógica do patriarcado imerso na nossa concepção do senso comum que é validado diariamente, onde homens avançam cada vez mais com seus papéis de hierarquização do poder.

Com o passar do tempo tais classificações foram postas em julgamento. No século XXI, graças à constante luta por espaços e representatividade, mulheres já podem ocupar lugares antes considerados masculinos, como a admissão na faculdade ou na política, e diversos valores e padrões de comportamento vêm sendo questionados. No entanto, algumas questões, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, ainda precisam ganhar mais visibilidade, como é o caso da maternidade compulsória.

1.1 MATERNIDADE COMPULSÓRIA

A maternidade compulsória é definida pelo desejo natural que deveria ser sentido, por nós mulheres, de ser mãe e por todo afeto que naturalmente deve-se sentir pelo feto. Esse discurso, sugestivamente inofensivo, é o causador de diversos problemas visto que traz consigo um discurso opressor que reduz a autonomia dos corpos femininos.

Há uma romantização da maternidade enquanto realização da mulher, que desconsidera suas subjetividades e as opressões por elas vivenciadas, para que se dediquem exclusivamente ao(s) filho(s), algo que não é igualmente cobrado dos homens/pais. Do mesmo modo, mulheres que optam por não terem filhos sofrem com a pressão da maternidade compulsória, encarada como destino natural de todas as mulheres (CAPORAL *et al*, 2017).

Diversos discursos foram responsáveis pela perpetuação dessa ideia sobre a maternidade, como a própria igreja católica. A partir dos anos 90, com o olhar do feminismo voltado às relações de gênero, a maternidade passa a ser vista através de diferentes interpretações de um símbolo, mas principalmente, ela é entendida como um processo histórico, cultural e político, ligada diretamente às relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro (SCAVONE, 2001).

Apesar dos avanços do movimento feminista, no contexto da sociedade atual - onde mulheres estão inseridas no mercado de trabalho e ainda são responsáveis pelos afazeres domésticos - ainda existem discursos opressores sobre a maternidade. Isso faz com que a mulher desenvolva sentimentos ambíguos com relação à maternidade e sintam-se duplamente culpada: quando não deixa o emprego e os afazeres para dedicar-se exclusivamente ao filho ou quando abandona sua carreira e seus projetos profissionais para ficar com a criança. Todo esse contexto gera na mulher uma espécie de luto, uma constante demanda por renunciar a sua subjetividade para cuidar de outra pessoa (CÉSAR; LOURES; ANDRADE, 2019).

Segundo Halasi (2018), o luto leva mulheres a viverem a "maternidade da culpa". Dividida entre o lar e o trabalho, os filhos e a carreira, e a necessidade de "dar conta de tudo", a mulher acaba ocupando o não-lugar, o limbo social e emocional (p. 63). Além da maternidade da culpa, chamamos atenção para um processo que recai também, fortemente, sobre as mulheres que não desejam ser mães. A partir da romantização da maternidade como realização última da mulher, a sociedade olha com estranhamento para as mulheres que não desejam ter um filho, como se abrir

mão na maternidade, fosse abrir mão, também, de uma "essência feminina", tornando-se, por isso, menos mulher (CÉSAR; LOURES; ANDRADE, 2019).

Segundo o estudo realizado pela ENSP/FIOCRUZ, “Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre o parto e o nascimento”, a falta de desejo e vontade da gestação além de gerar problemas psicossociais no meio feminino, faz com que os atendimentos básicos e essenciais do pré-natal aconteçam tardiamente, podendo ter um efeito negativo na vida da gestante e do bebê.

Aproximadamente 30% das mulheres entrevistadas não desejaram a gestação atual, 9% ficaram insatisfeitas com a gravidez e 2,3% relataram ter tentado interromper a gestação. Essas mulheres com gestação indesejada apresentaram menor cobertura pré-natal com início tardio e receberam menor número de consultas do que as demais, demonstrando a importância da ampliação do planejamento reprodutivo para garantir às mulheres o direito de decidir se e quando desejam engravidar, bem como contribuir para melhorar desfechos maternos e neonatais. A atenção pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna e do recém-nascido (LEAL *et al*, 2012).

Nesse sentido, a maternidade deve sim ser entendida e discutida como algo natural, mas também compulsória. É necessário possibilitar a autonomia dos corpos femininos, seja nas gestações ou no exercício do direito de não as ter.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLÊNCIA DE GÊNERO

A violência de gênero pode ser entendida como uma decantação do preconceito, da discriminação e do sentimento de intolerância pelos quais as mulheres vêm passando nos últimos dois séculos (SILVA, 2010). É um produto social legitimado, tanto por homens quanto por mulheres, culturalmente.

Quando um grupo social legitima papéis que não necessariamente condizem com a realidade desses mesmos atores sociais, cria um sistema de crenças que será disseminado no imaginário social coletivo. Esse sistema de crenças vai legitimar, por sua vez, a violência física ou sexual (também poderia legitimar qualquer outra), estabelecendo como norma a condição do homem como herdeiro único do sistema patriarcal, machista e viril bem como do capitalismo selvagem do qual fazemos parte. (SILVA, 2010.)

A violência obstétrica pode ser entendida como a realização de práticas desnecessárias por profissionais de saúde no parto e tratamento desumanizado dado às mulheres, seja no período pré-natal, no parto ou no pós-parto (SAMPAIO; TAVARES, HERCULANO, 2018). De acordo com a cartilha sobre violência obstétrica organizada pelo governo do estado do Mato Grosso do Sul (2021), podemos caracterizar a violência obstétrica como:

O desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas. Afeta negativamente a qualidade de vida das mulheres, ocasionando abalos emocionais, traumas, depressão, dificuldades na vida sexual, entre outros.

Para Bogéa (2019) esse tipo de violência caracteriza-se pela:

Apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher pelos agentes de saúde, mediante um tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda de autonomia da parturiente e da sua capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sua sexualidade, o que pode culminar com consequências negativas e desastrosas para a qualidade de vida das mulheres (pág. 6).

Segundo o Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com Dor (2012), Violência Obstétrica se caracteriza por:

Submeter uma mulher a procedimentos desnecessários, dolorosos, com exposição a mais riscos e complicações, com a única e exclusiva finalidade de antecipar o exercício da

prática desse procedimento em detrimento do aprendizado do respeito à integridade física das pacientes, bem como seu direito inviolável à intimidade é considerado, no contexto dos direitos reprodutivos, violência obstétrica de caráter institucional, físico e, não raro, sexual (p.93)

Sendo assim, ao falarmos sobre violência obstétrica, estamos falando sobre violações dos direitos das mulheres, ou seja, sobre mais uma expressão das iniquidades presentes na sociedade machista e patriarcal na qual estamos inseridos (SAFFIOTI, 2015). Segundo Aguiar (2010):

Se consideramos que o campo da maternidade é por excelência onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência neste campo é fundamentalmente uma violência de gênero. E, uma vez que o próprio conceito de gênero está interligado a fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e étnicos, já que mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual elas estão inseridas, esta violência perpetrada nas maternidades (públicas ou privadas) é atravessada também por essas questões. (p. 21)

A violência acometida por mulheres dentro das maternidades, em seus momentos de maior vulnerabilidade refletem historicamente o que nós mulheres sofremos durante todos os séculos, uma violência institucionalizada. Para Sampaio, Tavares e Herculano (2018):

A objetificação do corpo da mulher, a invisibilidade dela como sujeito de direitos, a impossibilidade de exercer sua autonomia dentro do ambiente hospitalar e a constatação de um ensino médico que termina por não produzir uma relação respeitosa entre o produtor do cuidado em saúde e o usuário são elementos que compõem este cenário (p.7)

A omissão de esclarecimentos acerca as condutas, exames e procedimento, bem como o abuso de poder e autoridade por parte da equipe médica, é uma das formas mais sórdidas da perpetuação da violência obstétrica. No Brasil, estudos em diferentes regiões apontam similaridades nas diversas modalidades de violência perpetradas nas maternidades públicas, dentre elas são frentes as queixas sobre a conduta profissional não acolhedora, rude e permeada por julgamentos da vida pessoal da parturiente, além da falta de informação sobre os procedimentos durante o parto (SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2018; DOMINGUES *et al.*, 2004 *apud* AGUIAR, 2010)

Essa omissão nos esclarecimentos, a partir do pressuposto da detenção de conhecimento por parte dos profissionais da saúde, atua de maneira simbólica para colocar parturientes num lugar

que “é o da espera, o da falta, o da não informação sobre o que se procura no seu corpo, pois, a partir da entrada nos rituais hospitalares, esse corpo não mais pertence ao seu dono” (PEREIRA, 2004, p. 398 *apud* SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2018). Essa irrelevância para com as mulheres vinda dos profissionais de saúde que reforçam a falta de acolhimento e legitimam o abismo existente nas relações entre médicos e pacientes, uma verdadeira relação de dominação e poder. Segundo Reis *et al.* (2017) *apud* Sampaio, Tavares e Herculano (2018):

o modelo de assistência obstétrica predominante no Brasil baseia-se na existência de uma relação assimétrica entre profissional e parturiente, o que se materializa na cena do parto, pois, mesmo quando a mulher participa, é para colaborar com o trabalho do profissional e não para garantir o exercício de sua autonomia. Não lhe é permitido expor suas necessidades, e seus desejos são silenciados (pág. 10).

Para Aguiar (2010) ao ignorarem mulheres em trabalho de parto por motivos de insatisfação com a dor, os gritos, desconfortos e as preocupações dela naquele momento, valida-se as diversas formas de violência obstétricas que podem ocorrer naquele momento.

[...] de um lado mulheres, mães, usuárias de serviços públicos de saúde e pacientes submetidas a um modelo biomédico hegemônico de dominação e controle de seus corpos e sexualidade; de outro lado homens e mulheres que no exercício de sua profissão também estão inseridos neste modelo biomédico e suas normas. Todos, sujeitos concretos que são ao mesmo tempo produtores e reprodutores de representações sociais, normas, valores, códigos simbólicos e hábitos dos grupos sociais aos quais pertencem. Estamos considerando, portanto, que todo indivíduo é um agente criativo na construção de sua identidade de gênero, ou seja, na forma como se coloca enquanto homem ou mulher em relação às normas da sociedade em que vive, no exercício de suas práticas cotidianas, de sua sexualidade e nas relações de poder nas quais se engendra (AGUIAR, 2010).

Mesmo nos serviços, hospitais e casas de parto, comprometidos em seguir as recomendações da OMS quanto à assistência ao parto, a prática cotidiana se faz entremeada por condutas que podem assumir um caráter violento quando não levam em consideração as particularidades de cada paciente, seu desejo e suas demandas. Um exemplo é o aumento no número de cesáreas no Brasil.

De acordo com as estatísticas, as cesáreas tiveram um aumento significativo nos partos realizados tanto em hospitais da rede pública quanto em redes privadas, sendo observado entre 2000 e 2010 um crescimento de 37,8% para 52,3%, sendo que na rede privada chega a 82%. Estes dados contrapõem a recomendação que é dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que recomenda que as taxas de partos cirúrgicos cheguem a 15%. Além disso, já foi constatado que

mais de 70% das mortes durante o parto derivam da qualidade da assistência, ou seja, quanto mais intervenções desnecessárias, mais probabilidade de mortes fetais (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2013).

No parto vaginal a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor. (DINIZ, 2005).

Em 2016, um questionário realizado pela revista *AzMinas*, que contou com a presença de 150 entrevistadas, mostrou que 71,4% das mulheres tiveram parto cesariano, mesmo que 82,2% das mesmas afirmam que o parto normal é o mais seguro para mãe e para o bebê. Além disso, durante a pesquisa, alguns dados revelaram que as cesarianas executadas de forma abundante reforçam as práticas de violência obstétrica dentro dos hospitais.

É dentro dessa lógica de autonomia da mulher durante seu trabalho de parto que adentra a questão da humanização. O conceito de atenção humanizada durante o parto considera uma série de práticas que objetivam garantir o parto e nascimentos saudáveis, contribuindo, inclusive, para a prevenção da morbidade materna e perinatal (ANDRADE; AGGIO, 2014). Portanto, exprime a necessidade de alterações no entendimento do parto, como experiência humana e, para aquele que presta o atendimento, uma transformação em como agir no momento oportuno diante do sofrimento do outro (DINIZ, 2001 *apud* ANDRADE; AGGIO, 2014).

Neste sentido, ao reivindicarem serviços humanizados, mais que a garantia à vida, mulheres reivindicam autonomia sobre seus corpos e uma assistência pautada no respeito e colaboração entre profissionais e usuárias, na qual tenham voz ativa para discutir um plano de cuidado e as intervenções a que são submetidas (SIMAS; MENDONÇA, 2017; OMS, 2018 *apud* SAMPAIO; TAVARES; HERCULANO, 2018).

3. OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE DA MULHER

Qualquer intervenção médica que seja feita de forma invasiva, sem consentimento e para fins de estudo evidencia a propagação da Violência Obstétrica tem efeitos danosos para saúde física e psíquica da mulher, com consequências que podem durar uma vida inteira (BOWSER, HILL, 2010 *apud* LEITE *et al.*, 2020)

Tesser e colaboradores, em 2015, sintetizaram as categorias de desrespeito associando-as aos direitos correspondentes, com base em um ponto de vista jurídico e social, e com exemplos concretos da realidade brasileira de enfatização das práticas de violência obstétrica. São elas:

Quadro 1: Categoria, Direito correspondente e situações exemplares de violência obstétrica.

Categoria	Direito correspondente	Situações exemplares
Abuso Físico	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito, não autorizam uma episiotomia, mas esta intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40 semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito dos acompanhantes.

Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual.
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, não-escolarizadas, mais jovens, negras, e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais, como no caso narrado no início deste artigo.

Fonte: Adaptado de TESSER *et al.* (2015)

O quadro expõe de forma acessível as características da violência obstétrica e o direito correspondente que cada parturiente tem, ou pelo menos deveria ter. Isso reforça o descaso com as parturientes e evidencia o despreparo de diversos profissionais da saúde para lidar com mulheres grávidas.

É evidente que isso não se aplica à todos os profissionais, no entanto, ao refletir sobre a realidade dos partos no Brasil percebe-se uma predominância do modelo medicalizado e capitalista da saúde, que ignora determinantes sociais e, por vezes, evidências científicas, submetendo mulheres a dores e sofrimentos desnecessários, bem como aumentando os riscos de complicações no nascimento e pós-parto.

Alguns procedimentos cirúrgicos intervencionistas, que a princípio deveriam ser utilizados somente em casos de extrema necessidade cotidianamente são empregados na rotina obstétrica, o que é desaconselhado pela OMS. A seguir, detalharei alguns deles.

3.1 A EPISIOTOMIA

Um exemplo de prática comum e errônea utilizada na rotina de partos é a episiotomia, que consiste num corte cirúrgico, realizado no momento de expulsão do feto com o objetivo inicial de ampliar a dimensão da vagina para o nascimento (MYERS-HELFGOTT *apud* RIMOLO, 2011; ROCHA *et al.*, 2014).

É o segundo procedimento obstétrico mais comum no Brasil e seu objetivo é prevenir danos perineais em mulheres que fazem partos normais, além de reduzir o período expulsivo do bebê. Entretanto, com o avanço das pesquisas na área, descobriu-se que tal procedimento, de fato, não protege o assoalho pélvico ao contrário, aumenta os riscos de complicações no parto e no pós-parto, causando dores e sangramento (ROCHA *et al.*, 2014).

Estima-se que é realizada em 94% dos partos normais no Brasil, no entanto, esse número pode ser subestimado visto que não há registros oficiais do procedimento nos serviços de saúde. Assim, a episiotomia é invisível, inclusive, aos sistemas de informação sobre saúde, como se integrasse o “pacote do parto normal”, conforme efetivado nos hospitais brasileiros (BRASIL; CEBRAP, 2008).

Segundo o Dossiê elaborado pela rede Parto do Princípio, “Violência Obstétrica: Parirás com dor”, quando algum tipo de trauma Perineal ocorre ele pode ser classificado de quatro formas distintas:

- **Primeiro grau:** podem ser lesões ou lacerações múltiplas e superficiais, que atingem pele e tecido subcutâneo do períneo ou o epitélio vaginal;
- **Segundo grau:** lesões mais profundas que atingem músculos superficiais do períneo e o corpo perineal;
- **Terceiro grau:** lesões mais severas que envolvem músculos perineais e esfíncteres anais;
- **Quarto grau:** lesões graves que podem ocasionar o rompimento do esfíncter anal (externo ou interno ou ambos) e do epitélio anorretal.

Qualquer tipo de episiotomia já constitui, por si só um trauma e uma lesão, em função do corte realizado. A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomenda a episiotomia rotineira e ressalta a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento, após informação, da parturiente (CARVALHO; SOUZA; FILHO, 2010).

Os supostos benefícios propostos para o feto com a realização da episiotomia incluem proteção cranial, especialmente para prematuros, redução da asfixia perinatal, melhores índices de Apgar, menor acidose fetal e redução de complicações na distocia de ombros. Apesar dessas alegações, poucos estudos estão disponíveis para apoiar qualquer uma delas. Até mesmo a afirmação de que a episiotomia encurta o período expulsivo é questionada (GUREWITSCH, 2004 *apud* CARVALHO, 2010).

É de extrema necessidade que os profissionais de saúde, mais comumente médicos obstetras, reavaliem seus conhecimentos técnico-científicos a fim de procurar medidas que substituam a realização da episiotomia de forma a fortalecer experiências satisfatórias de maternidade, onde a puérpera possa exercer sua autonomia e escolha durante todo o processo e procedimentos realizados durante seu parto.

A realização seletiva de episiotomias se configura como um marcador de qualidade da atenção humanizada, assim como também uma excelente oportunidade para avaliar a educação médica continuada, embasada em evidências científicas, e com isso mudar dogmas do passado. (CARVALHO, SOUZA; FILHO, 2010; ROCHA *et al*, 2014).

3.2 USO DA OCITOCINA

A ocitocina, produzida pelo hipotálamo, é um hormônio que atua auxiliando na expulsão do feto, ou seja, é vista como um mecanismo de facilitação do nascimento. Ainda que não seja recomendado pela OMS, a ocitocina sintética é utilizada de forma rotineira em muitas maternidades brasileiras, com o objetivo de aumentar e acelerar as contrações (DINIZ, 2001; TORNQUIST, 2004; LEAL *et al.*, 2014; HIRSCH, 2015 *apud* NUCCI; NAKANO; TEIXEIRA, 2018).

No pós-parto, a mesma ocitocina tem a função de minimizar os riscos de hemorragias, como atonia uterina e favorece no escoamento lácteo das mamas para o aleitamento materno (SCHINCAGLIA, 2017).

Em pesquisa realizada em uma maternidade pública em Salvador, McCallum e Reis (2008) observam que a ocitocina – chamada por suas usuárias de “soro” – era bastante temida pelas mulheres, por aumentar dores e desconfortos. Desse modo, a dor do parto torna-se em grande medida iatrogênica, isto é, ela é amplificada quando se faz uso da ocitocina ou outras intervenções rotineiras (DINIZ, 2005).

Dentre os efeitos adversos derivados da utilização da ocitocina, Morais *et al.* (2022) e Oliveira *et al.* (2017) destacam:

A condução medicalizada e uso indiscriminado da ocitocina no período do parto podem produzir efeitos adversos na parturiente, como a taquissistolia, hipertonia, hiperestimulação uterina, podendo provocar, inclusive, rotura uterina, hemorragia materna e trauma na região perineal, durante a expulsão fetal, que pode ser classificado em episiotomia e lacerações perineais espontâneas. Para o feto, o mais frequente efeito colateral é o sofrimento fetal agudo, motivado pela redução da perfusão sanguínea no espaço intervilo por taquissistolia e/ou hipertonia.

Sendo assim, o uso da ocitocina – assim como de qualquer outro procedimento – deve ser avaliado com cuidado e parcimônia por uma equipe multidisciplinar, considerando sempre a compreensão e autorização por parte da parturiente, respeitando sua autonomia e respeitando sua condição emocional e fisiológica, bem como do bebê. A utilização de ocitócitos de maneira isolada e inadequada pode colocar em risco a saúde materna e fetal, resultando em complicações grave (MORAIS, 2022).

3.3 MANOBRA DE KRISTELLER

A Manobra de Kristeller, assim como a maior parte das intervenções realizadas durante o parto, tem como objetivo a aceleração da saída do bebê do útero da mãe. Esse procedimento é realizado de forma que a pressão realizada na parte superior do útero facilite a saída do feto, com auxílio dos médicos ou de enfermeiros para realização desse “empurrão” externo. Segundo Reis (2005) a manobra de kristeller é danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, causando à parturiente o desconforto da dor provocada e o trauma.

Importante ressaltar que a utilização dessa prática pode ser substituída por outras maneiras não invasivas de auxiliar a saída do bebê do útero da gestante. Dentre elas:

(...) liberdade de movimentar-se usando a gravidade a seu favor, uma vez que a posição vertical ajuda a parturiente a fazer força da forma correta e facilita a descida do bebê, além de permitir que a grávida encontre posições confortáveis para lidar com as contrações.

Outra ação eficiente é caminhar durante o trabalho de parto. Isso ajuda a dilatação a fluir mais facilmente, sem contar que a gravidade invariavelmente vai facilitar o encaixe do bebê no canal da vagina, portanto, o ideal é evitar a posição horizontal, ou seja, ao invés de forçar a parturiente a parir deitada, a melhor estratégia para facilitar a saída do bebê é respeitando o processo fisiológico do organismo da mulher, sem que haja intervenções desnecessárias, dando-lhe liberdade para que se posicione de maneira confortável e favorável ao parto (CONITEC 2016 *apud* LIMA; LOPES, 2019)

A pressão que é exercida no fundo uterino não tem evidências de benefícios. Os riscos potenciais do uso da manobra incluem rotura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas no recém-nascido e danos cerebrais, entre outros (LEAL, 2014).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência obstétrica perpassa por todas as classes sociais, econômicas, por todas as idades e orientações sexuais, todas nós somos vulneráveis e suscetíveis a essa violência, logicamente que umas mais que as outras, considerando a raça e a classe social, porém somos violadas e desumanizadas.

Há 19 atrás minha mãe sofreu violência obstétrica. Uma mulher nova, com ensino médio completo e sem nenhuma informação sobre o tema. Hoje, 19 anos depois, vemos mulheres informadas e com alto grau de escolaridade sofrendo da mesma violação. Hoje, 19 anos depois, vemos casos ainda mais assustadores, como o do médico anestesista Giovanni Quintella, que durante um parto foi preso em flagrante por ter estuprado a parturiente na cidade de São João de Meriti, no Rio de Janeiro.

Tendo em vista esse cenário, o fim da violência obstétrica parece ser algo distante de acontecer. É necessária uma sensibilização e humanização maior dos profissionais e serviços de saúde acerca do período grávido puerperal da mulher, incentivando sempre o parto natural e menos intervencionista possível e, conseqüentemente, menos traumático. Deve-se ter um olhar mais atento aos cuidados simples, porém fundamentais, como: respeito, tratamento ético, acolhimento e atenção, priorizando sempre promover um tratamento em prol do bem-estar e conforto das mulheres em trabalho de parto, fortalecendo seus direitos e sua participação ativa.

Dessa forma, para que haja uma prevenção da disseminação da violência obstétrica é necessária uma transformação dentro do sistema de médicos em formação, sendo indispensável a introdução desse assunto na vida acadêmica, especialmente daquelas profissionais relacionadas à saúde. Faz-se necessário também mudanças na assistência obstétrica, como: o acesso ativo a informações, direito a acompanhante, liberdade de escolha quanto a posição do parto, privacidade e apoio dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ANDRADE, B.; AGGIO, C. **Violência obstétrica**: a dor que cala. III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Londrina, 2014.
- BÓGEA, M. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**: As marcas deixadas nas mulheres em São Luís – MA, São Luís, Maranhão, 2019.
- BORIS, G.; CESÍDIO, M. **Mulher, corpo e subjetividade**: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, Fortaleza, p. 451-478, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde; CEBRAP. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006 – Relatório Final. Brasília, DF: MS/CEBRAP, 2008
- CADERNO CORPO: ARTIGO INDEFINIDO. Ed. Globo Comunicações, 2017. Versão online disponível em: <https://redeglobo.globo.com/globouniversidade/novidades/noticia/corpo-artigo-indefinido.ghtml>
- Caporal, B. R. *et al.* **Romantização da maternidade**: reflexões sobre gênero. *Anais do XXII Seminário Institucional de Ensino, Pesquisa e Extensão*
- CARVALHO, C.; SOUZA, A.; FILHO, O. **Episiotomia seletiva**: avanços baseados em evidências. *Episiotomia*, [s. l.], p. 266-270, 2010.
- CÉSAR, R.; LOURES, A.; ANDRADE, B. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. *Revista Mosaico*, [s. l.], p. 68-75, 2019.
- CIELLO, C. *et al.* **“Parirás com dor”**. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**: Dossiê da Violência Obstétrica, [s. l.], p. 7-188, 2012.
- DAHLBERG, L.; KRUG, E. **Violência**: um problema global de saúde pública. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*, [s. l.], p. 1163-1178, 2006.
- DINIZ, C. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Humanização*, São Paulo, p. 627-637, 2005.
- DINIZ, C. *et al.* SAÚDE DAS MULHERES. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, São Paulo, p. 3-43, 2000.
- DINIZ, S. *et al.* **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO QUESTÃO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: ORIGENS, DEFINIÇÕES, TIPOLOGIA, IMPACTOS SOBRE A SAÚDE MATERNA, E PROPOSTAS PARA SUA PREVENÇÃO**. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**, [s. l.], p. 1-8, 2015.

FRANÇA, K. *et al.* **O CORPO FEMININO SOB UMA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA: RUMO À CONSTRUÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DAS MULHERES NO BRASIL.** FURG, 2018.

GUEDES, R. N., SILVA, A. T. M. C., FONSECA, R.M. G. S. A VIOLÊNCIA DE GÊNERO E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DAS MULHERES. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 13 (3): 625 -31, 2009.

GUIMARÃES, W. S. G. *et al.* **Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão.** *Cadernos de Saúde Pública*. 34(5). 2018.

HALASI, F. S. A mulher brasileira contemporânea e a maternidade da culpa.2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) -Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 2018.

HIRSCH, O. O parto “natural” e “humanizado” na visão de mulheres de camadas médias e populares no Rio de Janeiro. *Civitas*, v.15, n.2, p.229-249. 2015.

KRUG, E. G, et al. (eds.) *World report on violence and health.* Geneva: World Health Organization, 2002.

LEAL, M. C. et al. *Nascer no Brasil: inquérito nacional sobre parto e nascimento.* Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública [online]* v. 30, supl. 1, p. S17- S32, ISSN 0102-311X. 2014.

LEITE, T. *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Violência obstétrica*, Rio de Janeiro, p. 483-491, 2020.

LIMA, G. A. F.; LOPES, M. C. A. *Violência Obstétrica: Riscos do Uso da Manobra de Kristeller Durante o Parto.* 2019. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac, 2019

LOURO. G. L. **Gênero, história e educação: construção e desconstrução.** *Educação & Realidade*, v.20, n.2, p.102-133, 1995.

_____. **Gênero, sexualidade e Educação: Uma perspectiva pós-estruturalista.** Petropolis, RJ:Vozes, 1997.

_____. **Currículo, gênero e sexualidade.** Porto: Porto Editora, 2000.

_____. **O corpo educado: psicologia da sexualidade.** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

MEDEIROS, P.; GUARESCHI, N. M. **Políticas públicas de saúde da mulher:** a integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas.*, [s. l.], p. 31-48, 2009.

MORAES, A. *et al.* **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: IMPACTOS NA SAÚDE DA MULHER.** *VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA*, [s. l.], p. 3-17, 2018.

MORAIS, A.C.M.M.*et al.* **Parto e ocitocina:** a violência obstétrica caracterizada pela imprudência. São Paulo: *Rev Remecs.* 7(12):11-20, 2022.

NUCCI, M.; NAKANO, A. R.; TEIXEIRA, L. A. **Ocitocina sintética e a aceleração do parto:** reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.4. p.979-998, 2018

OLIVEIRA, L.B. *et al.* Laceração perineal associada ao uso de ocitocina exógena. *Rev Enferm UFPE online*, 11(6):2273- 2278, 2017.

OMS. Recomendação da OMS sobre política de episiotomia. Genebra: Biblioteca da Saúde Reprodutiva da OMS, 2018.

PISCITELLI, A. **Recriando a (categoria) mulher?** Campinas, p. 01-25, 2001. Disponível em: <http://www.culturaegenero.com.br/download/praticafeminina.pdf>.

REIS, A. E. dos; PATRICIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva*, 2005.

RIMOLO, M.L. **Crítérios para a realização da episiotomia:** uma revisão integrativa. 2011. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011.

ROCHA, E.S. RELATO DE EPISIOTOMIA COMO VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. *ENCICLOPÉDIA BIOSFERA*, Centro Científico Conhecer - Goiânia, v.10, n.19; p. 481, 2014.

SAFFIOTI, Heleieth. “Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero”. *Cadernos Pagu*, v. 16, p. 115-136, 2001.

SAFFIOTI, Heleieth. *Gênero, patriarcado, violência.* 2. ed. São Paulo: Expressão Popular; Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAMPAIO, J.; TAVARES, T. L. de A.; HERCULANO, T. B. “**Um corte na alma:** como parturientes e doulas significam a violência obstétrica que experienciam”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 27, n. 3, e56406, 2019.

SCAVONE, L. **A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais.** Dossiê: **Feminismo em Questão, Questões do Feminismo**, Cad. Pagu (16), 2001.

SCHINCAGLIA, C. *et al.* **AS CONSEQUÊNCIAS DO USO DE OCITÓCITOS DURANTE O PARTO.** Revista científica de Enfermagem, [s. l.], 2017.

SILVA, S. G. **Preconceito e discriminação: as bases da violência contra a mulher.** Psicol. cienc. prof. 30 (3), 2010.

TESSER, Charles *et al.* **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.** VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, [s. l.], p. 1-12, 2015.

VIOLÊNCIA no parto: Na hora de fazer não gritou. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado, Fundação Perseu Abramo, 2013.