

ARTIGO



***Near-miss* materno e violência obstétrica: uma relação possível?**

Cláudia de Azevedo Aguiar¹

> claudia.aguiar@uftm.edu.br
ORCID: 0000-0002-6946-0465

Roselane Gonçalves Feliciano²

> roselane@usp.br
ORCID: 0000-0003-1861-0985

Ana Cristina d'Andretta Tanaka²

> acdatana@usp.br
ORCID: 0000-0001-6042-4161

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Uberaba, MG, Brasil

² Universidade de São Paulo
São Paulo, SP, Brasil

Copyright © 2022 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Resumo: Este estudo objetiva analisar a compreensão das mulheres que vivenciaram a morbidade materna aguda grave (*near-miss* materno) sobre a assistência obstétrica recebida. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, com referencial metodológico da história oral temática, realizada por meio de entrevistas presenciais. Participaram do estudo doze mulheres de diferentes regiões brasileiras e que vivenciaram o *near-miss* materno, principalmente, por complicações de síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções. Das memórias coletivas emergidas, identificou-se a violência obstétrica na forma de: I. abuso físico; II. intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; III. cuidado não confidencial ou privativo; IV. tratamento não digno e abuso verbal; e V. abandono, negligência ou recusa de atendimento. Em conclusão, a violência obstétrica pode somar-se aos eventos que culminarão no *near-miss* materno e, nesse sentido, é potencialmente ameaçadora da vida.

Palavras-chave: *near-miss* materno; violência obstétrica; assistência ao parto; puerpério; saúde da mulher.

Maternal near-miss and obstetric violence: a possible relation?

Abstract: This study aims to analyze the understanding of women who experienced the maternal near-miss about obstetric care received. It was a research of a qualitative approach, with a methodological reference of the thematic oral history, carried out through interviews with women who lived maternal near-miss. Twelve women from different Brazilian regions were interviewed and who experienced maternal near-miss, mainly due to complications of hypertensive syndromes, hemorrhages and infections. From the emerged collective memories, obstetric violence was identified in the form of: I. physical abuse; II. interventions not consented or accepted based on partial or distorted information; III. non-confidential or private care; IV. non-dignified care and verbal abuse; and V. abandonment, negligence or refusal of care. In conclusion, that obstetric violence can added to the events that will culminate in maternal near-miss and, in this sense, it is potentially life threatening.

Keywords: maternal near-miss; obstetric violence; childbirth care; postpartum; women's health.

Near-miss materno y violencia obstétrica: ¿una posible relación?

Resumen: Este estudio tiene como objetivo analizar la comprensión de las mujeres que experimentaron morbilidad materna aguda severa (*near-miss* materno) sobre la atención obstétrica recibida. Se trata de una investigación con enfoque cualitativo, con un marco metodológico de historia oral temática, realizada a través de entrevistas presenciales. Participaron en el estudio 12 mujeres de diferentes regiones brasileñas que experimentaron *near-miss* materno, principalmente debido a complicaciones de síndromes hipertensivos, hemorragias e infecciones. A partir de las memorias colectivas surgidas, se identificó la violencia obstétrica en forma de: I. maltrato físico; II. intervenciones no consentidas o aceptadas con base en información parcial o distorsionada; III. atención no confidencial o privada; IV. trato indigno y abuso verbal; y V. abandono, negligencia o negativa a asistir. En conclusión, la violencia obstétrica puede se sumar a los eventos que culminarán en un casi accidente materno y, en este sentido, es potencialmente mortal.

Palabras clave: *near-miss* materno; violencia obstétrica; asistencia para el parto; puerperio; la salud de la mujer.

Near-miss materno e violência obstétrica: uma relação possível?

Introdução

Na obstetrícia, o uso indiscriminado ou não oportuno de medicamentos, exames e procedimentos tem sido apontado como causador de danos físicos, emocionais e sociais às mulheres e seus bebês, refletindo negativamente sobre os indicadores de saúde dessa população. Conforme explica Diniz (2009), existe um paradoxo obstétrico e perinatal no Brasil em que o aumento da oferta e do acesso às tecnologias assistenciais não tem garantido a diminuição de morbimortalidade de mães e bebês.

O primeiro e maior inquérito realizado no país sobre parto e nascimento, “Nascer no Brasil”, evidenciou este paradoxo e demonstrou, conforme sugerem Miller et al. (2016), um cenário de assistência obstétrica em que o emprego das tecnologias se comporta de duas formas: “*too little, too late*” e “*too much, too soon*”, ou seja, constantemente as mulheres recebem tarde demais pouco cuidado, ou recebem muito cuidado cedo demais. Sessenta por cento das mulheres, por exemplo, iniciam o pré-natal tardiamente no país (após a 12^a semana de gestação), 20% das parturientes peregrinam em mais de uma instituição de saúde até serem admitidas para o parto. Em contrapartida, 52% dos nascimentos ocorridos no país são por cesariana, sendo que a proporção dessa cirurgia no setor privado é ainda maior (88%). Quanto aos partos vaginais, observa-se extrema medicalização e excesso de intervenções não baseadas em evidências científicas (Leal; Gama, 2014).

A realidade das práticas obstétricas no país demonstrada e ratificada por estudos científicos tem potencializado propostas de mudanças da assistência e dos indicadores de saúde materna e perinatal, incluindo o cuidado centrado nas necessidades dos pacientes e o uso criterioso das tecnologias. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou novos guias para que mulheres e seus bebês vivenciem experiências positivas na gestação, no parto e no pós-parto e, para isto, reapresentou recomendações baseadas em evidências científicas para a segurança e o bem-estar materno, fetal e neonatal (WHO, 2022; WHO, 2018; OMS, 2016).

Entretanto, apesar desses e de outros esforços, como a importante luta das mulheres e da sociedade civil organizada pela humanização da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal,¹ um percentual ainda inaceitável de intercorrências

¹ Para mais, ver Tornquist (2004).

obstétricas continua resultando em mortalidade materna. Trata-se de um sensível e preocupante indicador de saúde e de desenvolvimento humano em diversos países, como o Brasil. A evitabilidade da morte de mulheres durante o processo de gestar e parir é superior a 90% e a sua relação direta com a oportunidade e a qualidade assistencial explica esse cenário de temores (Brasil, 2009).

No *continuum* de eventos que podem levar à morte materna estão as morbidades agudas e graves, igualmente evitáveis durante o ciclo gravídico-puerperal, conhecidas como *near-miss* materno. As mulheres nesta condição vivenciam intercorrências potencialmente fatais, mas sobrevivem por mera casualidade ou por terem recebido cuidados emergenciais efetivos (WHO, 2011).

Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como critério de identificação do *near-miss* a presença de uma ou mais disfunções orgânicas em gestantes, parturientes ou puérperas que passaram por condições potencialmente ameaçadoras da vida, ou seja, disfunção cardíaca, respiratória, renal, hematológica, hepática, neurológica ou uterina (WHO, 2011). O inquérito “Nascer no Brasil” identificou a incidência de 10,2 casos de *near-miss* para cada 1.000 nascidos vivos – índice três vezes maior do que aqueles observados em alguns países da Europa (Dias et al., 2014).

Num contexto de complicações maternas, evidencia-se a importância da formação e da capacitação dos profissionais para atenção ao alto risco,² às urgências e às emergências obstétricas, uma vez que o despreparo técnico se configura como um dos principais fatores de incremento ao risco. Além disso, no âmbito dos serviços de saúde, um quantitativo de recursos humanos e materiais insuficientes, bem como a ausência dos usuários como protagonistas somam os fatores que resultam em desfechos negativos à saúde de mães e bebês. É neste cenário que se consolida a assistência causadora de danos (Padilha et al., 2018; Zanardo et al., 2017).

Diversos estudos têm sinalizado a presença de práticas causadoras de danos na assistência obstétrica, muitas das quais se comportam de forma violenta (Zanardo et al., 2017; Leal et al., 2014). Uma importante pesquisa de opinião pública realizada no país concluiu que uma em quatro mulheres sofre violência obstétrica, ou seja, são submetidas à assistência causadora de danos, por meio de situações degradantes e desumanas (FPA, 2010).

² A gestação de alto risco se configura como aquela em que há uma condição de risco potencial ou real de comprometimento da saúde da mulher e/ou do conceito, tais como a presença de hipertensão arterial prévia ou relacionada à gestação, restrição de crescimento fetal intrauterino; histórico de eventos hemorrágicos prévio ou atual, entre outros. Já a gestação de baixo risco ou de risco habitual é aquela em que não se identificam fatores que agreguem risco à saúde dos envolvidos.

A violência obstétrica (V.O.), termo que surgiu sobretudo em torno do movimento pela humanização do parto, tem algumas faces. Uma delas é visível e facilmente identificada, especialmente quando a mulher se reconhece como vítima e consegue relatar sua experiência, muitas vezes por meio de uma linguagem carregada de sofrimento. Outra face da V.O. se manifesta de forma sutil, quase como um “crime perfeito”, uma vez que se apresenta travestida de procedimentos técnicos realizados ou oferecidos desnecessariamente, sob o pretexto de resguardar a vida de mães e bebês, a exemplo da cesariana sem indicação clínica (Pullez, 2013; Carneiro, 2015).

Para Tesser et al. (2015), V.O. é uma condição na qual as mulheres são submetidas no contexto assistencial à gestação, ao aborto, parto ou puerpério, podendo ser categorizada como: (a) abuso físico; (b) intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; (c) cuidado não confidencial ou privativo; (d) tratamento não digno e abuso verbal; (e) discriminação baseada em atributos específicos da mulher; (f) abandono, negligência ou recusa da assistência; (g) detenção nos serviços.

A OMS (2014), em sua declaração sobre prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto, alerta que tais práticas não apenas violam os direitos das mulheres em receber um atendimento respeitoso e seguro, mas também ameaçam seu direito à vida.

Mulheres que vivenciaram o *near-miss* materno, ou seja, que passaram por uma condição ameaçadora da vida, compartilham características importantes com aquelas que morrem em função de agravamentos do estado gravídico-puerperal, com a diferença de que podem ser ouvidas, em detalhes, sobre tal experiência. Além disso, ao serem avaliados os casos com desfechos maternos graves, muito pode ser apreendido sobre os processos assistenciais em andamento, ou a falta deles. Neste sentido, a obtenção de relatos das mulheres que sofreram o *near-miss* tem o potencial de melhorar a qualidade dos cuidados assistenciais em todas as dimensões (WHO, 2011; Phillip et al., 2004; Amaral et al., 2007).

Assim, este estudo tem como objetivo analisar a compreensão das mulheres que vivenciaram o *near-miss* materno sobre a assistência obstétrica recebida.

Caminho metodológico

A pesquisa atendeu às recomendações da Resolução CNS nº 466/2012 e teve sua execução aprovada, conforme CAAE nº 17373213.5.0000.5421.

Trata-se de um estudo qualitativo, de amostra intencional, com referencial metodológico da História Oral Temática. A História Oral é um método multi-

disciplinar de pesquisa que propõe buscar a compreensão da sociedade por meio do indivíduo que nela vive, de suas narrativas de vivências ou de testemunhos dos acontecimentos. Na História Oral Temática, o entrevistado apresenta e discute um assunto central definido, ainda que outros decorram ou concorram para seu esclarecimento. Por esta razão, tal abordagem permite o uso de um questionário norteador como peça fundamental na obtenção dos detalhes que a pesquisa propõe esclarecer (Meihy; Holanda, 2013).

A análise da experiência individual na História Oral e na História Oral Temática é considerada autêntica e representativa do todo, permitindo construir uma identidade comum configurando uma memória coletiva. Esta não é a mera soma das memórias individuais; ela se estrutura no interior de uma massa de lembranças comuns e que se apoiam umas sobre as outras. As recordações individuais são articuladas no interior de coletividades que sofrem “destinos comuns” e destinos modelados por seus desdobramentos sociais (Meihy; Holanda, 2013; Halbwachs, 2016). Deste modo, as memórias de cada mulher que passou pela experiência do *near-miss* materno são também memórias coletivas, fenômenos sociais.

Crítérios de elegibilidade

Para a classificação do *near-miss* materno, utilizou-se como referência o instrumento da OMS (WHO, 2011). Desejava-se entrevistar mulheres de diferentes regiões brasileiras, assistidas em modelos assistenciais distintos. Desta forma, um convite foi divulgado em redes sociais e e-mails, contendo o link de um questionário on-line para pré-seleção das participantes. Neste questionário, as mulheres poderiam listar as intercorrências vividas durante o ciclo gravídico-puerperal. Aquelas que descreveram complicações maternas graves e/ou uso de intervenções críticas e UTI, tal qual recomenda a OMS em sua classificação, eram contatadas por telefone para elucidação do quadro de agravamento vivenciado e para a confirmação da presença de condições ameaçadoras da vida. Neste caso, o convite para uma entrevista presencial era feito.

Assim, foram elegíveis ao estudo mulheres assistidas nas redes pública e privada de saúde, de diferentes localidades brasileiras, e cuja experiência de morbidade materna grave denotava uma condição ameaçadora da vida (*near-miss* materno).

Coleta de dados

Cento e três mulheres responderam ao questionário de pré-seleção. Oitenta e seis não atendiam aos critérios de inclusão. Não foi possível contato com duas das participantes para confirmação de sua elegibilidade. Por fim, quinze mulheres foram consideradas elegíveis e doze delas aceitaram conceder uma entrevista presencial, em local de sua escolha (ocorridas principalmente em suas residências). As entrevistas foram realizadas entre 2013 e 2014 e gravadas em áudio, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Análise dos dados

As gravações das entrevistas foram submetidas às etapas do método da História Oral Temática de transcrição, textualização e transcrição. Conforme sugerido por Meihy e Holanda (2013), a última versão transcrita da entrevista foi enviada, lida e validada pelas participantes do estudo.

Cada história foi em seguida lida e relida até a identificação das memórias coletivas, pois “isoladas, as entrevistas não falam por si [...] A dimensão social é feita na medida em que são indicados os pontos de intercessão das diversas entrevistas” (Meihy; Holanda, 2013: 139). O número de participantes, portanto, foi considerado suficiente com a identificação das memórias coletivas nos discursos das mulheres entrevistadas.

Resultados e discussão

As doze mulheres participantes do estudo, aqui identificadas por nomes fictícios escolhidos por elas próprias, tinham entre 21 e 42 anos de idade, autorreferiram-se predominantemente como brancas, tinham ensino superior completo em sua maioria e vivenciaram o *near-miss* materno principalmente por complicações de síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções (Quadro 1).

Quadro 1 – Perfil sociodemográfico e clínico das participantes do estudo

Nome	Idade	Cor da pele	Local de residência	Escolaridade	Assistência / Fonte de financiamento	Ano de ocorrência do <i>near-miss</i>	Complicações maternas graves vivenciadas e uso de intervenções críticas
Adriana	36	Branca	Vitória (ES)	Pós-graduação completa	Plano de Saúde	2011	Pré-eclâmpsia grave, hemorragia pós-parto grave, admissão em UTI, laparotomia e hemotransfusão
Bianca	21	Branca	Curitiba (PR)	Superior em andamento	SUS	2012	Sépsis puerperal sistêmica, laparotomia
Cristal	42	Branca	São Bernardo do Campo (SP)	Superior em andamento	SUS	2004	Hemorragia pós-parto grave e admissão em UTI
Daniela	32	Branca	São Bernardo do Campo (SP)	Superior completo	Privada (plano de saúde e particular)	2012	Eclâmpsia e admissão em UTI
Elen	25	Branca	São José (SC)	Superior completo	Plano de Saúde	2011	Hemorragia pós-parto severa
Ester	40	Branca	São Paulo (SP)	Pós-graduação completa	Privada (plano de saúde e particular)	2004	Hemorragia pós-parto grave, laparotomia e admissão em UTI
Greta	33	Branca	São Paulo (SP)	Pós-graduação completa	Plano de saúde	2012	Choque hipovolêmico, hemotransfusão
Mariana	32	Branca	Ribeirão Preto (SP)	Superior completo	Plano de saúde	2011	Ruptura uterina, laparotomia
Melissa	42	Preta	Santo André (SP)	Ensino Médio incompleto	SUS	1994 e 1998	Gestação I: eclâmpsia, hemotransfusão; Gestação II: acidente vascular encefálico
Nicole	26	Branca	São Paulo (SP)	Ensino Médio Completo	Plano de saúde	2011	Infecção sistêmica grave
Patrícia	34	Branca	Porto Alegre (RS)	Pós-graduação completa	Plano de saúde	2009	Hemorragia pós-parto grave, admissão em UTI e hemotransfusão
Rebeca	21	Preta	Rio de Janeiro (RJ)	Ensino Médio incompleto	SUS	2012	Pré-eclâmpsia grave e admissão em UTI

Dentre as memórias coletivas emergidas das histórias e que tinham relação com a assistência recebida e percebida por essas mulheres, observou-se que as mesmas vivenciaram, além do *near-miss* materno, situações que se caracterizam como violência obstétrica. Desta forma, tais resultados serão aqui apresentados e discutidos por meio do cotejamento dos trechos das memórias das mulheres e cinco das sete categorias de violência obstétrica propostas por Tesser et al. (2015). São elas: (I) abuso físico, (II) Intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais ou distorcidas, (III) cuidado não confidencial ou privativo; (IV) tratamento não digno e abuso verbal; (V) abandono, negligência ou recusa de atendimento.

Abuso físico

De acordo com Tesser et al. (2015), o abuso físico vivido por mulheres no ciclo gravídico-puerperal abarca intervenções sem justificativa clínica ou para fins didáticos (realizadas para o aprendizado de estudantes). Alguns exemplos desta forma de violência são: empurrar o fundo uterino no período expulsivo (manobra de Kristeller), as episiotomias (corte na região perineal) muitas vezes realizadas sem analgesia e os toques vaginais dolorosos realizados inúmeras vezes por pessoas diferentes. Tais procedimentos configuram-se como causadores de sofrimento físico e psíquico, conforme narrado por Bianca.

Eu acredito, inclusive, que a infecção ocorreu por causa do trabalho de parto demorado [...] eu não saí de casa, então, eu não posso ter pegado isso [a infecção puerperal] de outra maneira, a não ser enquanto eu estava lá no hospital em trabalho de parto... e muitas pessoas me tocaram, muitas pessoas passaram por mim (Bianca).

Para Bianca, o fato de ter sido examinada por tantas pessoas e diversas vezes pode ter relação com seu desfecho clínico-obstétrico. Em outro exemplo de abuso físico, Ellen relata:

Aí, quando já estava corando, me deitaram na cama e começaram a me amarrar... os pés, tudo. Eu disse: ‘Doutor, por que está me amarrando? Não vou chutar o doutor!’, e ele falou: “Ah, se tu chutar, eu vou embora e te deixo aqui”, mas, eu: “Por que isso?”, e só sei que me amarraram as pernas... eu fiquei só com a mão livre e em posição ginecológica (Elen).

De acordo com as recentes recomendações da OMS para uma experiência positiva no parto, o exame de toque vaginal em mulheres de baixo risco obstétrico deve ser feito em intervalos de quatro horas (WHO, 2018). Esta diretriz se ampara no potencial de infecções puerperais, sobretudo nos casos de bolsa rota durante o trabalho de parto. Além disso, é preciso considerar o caráter constrangedor que a técnica oferece, quando feita repetidamente e sem privacidade para as mulheres.

No mesmo documento, a OMS faz recomendações para que as parturientes tenham liberdade de movimentação e de posição no trabalho de parto e no parto. Tal orientação vai de encontro à conduta ainda frequente de amarração dos pés e pernas das mulheres na cama durante o período expulsivo. Conforme descreve Diniz (2005), amarrar braços e pernas das mulheres durante o parto foi uma técnica largamente utilizada no início do século XX, por ocasião do emprego de sedação total, a qual resultava em alucinações e intensa agitação das parturientes. Infelizmente, a imobilização de parte do corpo das mulheres no parto continua sendo realizada, tal como narrado por Elen.

Intervenções não baseadas nas melhores evidências científicas, muitas vezes, amparam a violência obstétrica. A Lei 12.401/2011, que alterou a Lei 8.080/1990 e trata da assistência terapêutica e da incorporação de tecnologia em saúde, determina que é obrigatória a fundamentação de práticas e procedimentos nas melhores evidências científicas (Art.19-Q, §2º, inciso I), ou seja, a assistência prestada pelos profissionais de saúde e seus protocolos institucionais devem estar pautados e embasados pelas melhores evidências em saúde disponíveis (Brasil, 2011).

No entanto, apesar das recomendações e da legislação vigente, observa-se a existência de um paradigma sólido de uso indiscriminado de intervenções não recomendadas e que resultam em abuso físico, conforme trecho das memórias de Melissa e Patrícia a seguir:

Na hora do parto, o médico subiu em cima da minha barriga e apertou, dizendo que eu não estava tendo passagem. Antes, ele tinha pedido para a enfermeira, mas ela disse que não tinha coragem [...] apertou, apertou e eu gritando, até que eu perdi a força, não conseguia respirar e me entubaram (Melissa).

[...] com 7 cm, o médico chegou [...] e ele falou: “eu resolvi dar uma ajuda: na próxima contração, eu vou terminar de dilatar você na mão; vou fazer só uma massagem aqui no seu colo [do útero] e não vai doer nada” [...] depois que ele fez isso, as minhas contrações começaram a espaçar [...] e eu comecei a sangrar, sangrar, sangrar muito (Patrícia).

A manobra de Kristeller (ou pressão em fundo uterino durante o período expulsivo do parto), observada na fala de Melissa, é comumente realizada no país.

O “Inquérito Nascer no Brasil” identificou que 37% das mulheres assistidas nas redes pública e privada de saúde receberam esta manobra. Este dado foi obtido a partir do relato das mulheres, uma vez que tal prática não é registrada em prontuário (Leal et al., 2014).

Sobre a narrativa de Patrícia acerca da dilatação manual de seu colo uterino durante o trabalho de parto ativo (comumente denominada de “redução do colo”), não há evidências científicas que assegurem mãe e bebê de seus riscos e benefícios, portanto, esta prática não deve ser realizada. Sabe-se que, quando manipulado, o colo uterino pode edemaciar ou ser lesionado, contribuindo para maior perda sanguínea materna e dor iatrogênica. Além disso, este procedimento doloroso é invasivo, com riscos de infecção ascendente (Cunningham et al., 2016).

Na percepção de Melissa e Patrícia, tais intervenções (“empurrar a barriga” e “abrir” manualmente o colo do útero para ajudar a saída do bebê) foram os fatores desencadeadores das complicações clínicas que sofreram em seguida.

Intervenções não consentidas ou aceitas com base em informações parciais ou distorcidas

Para Tesser et al. (2015), esta categoria de violência obstétrica abarca situações em que as mulheres não autorizam um procedimento, “mas esta intervenção é feita à revelia de sua desautorização”, como é o caso da episiotomia (p.:3). Outra prática comum é a indicação de cesariana por causas questionáveis.

Mariana relata uma condição vivida ao final de sua primeira gestação e que, em seu entendimento, teria relação com a complicação obstétrica que a acometeu na segunda gravidez

[...] eu estava bem, de 39 semanas [...] e ela [a obstetra] me examinou e disse: “olha, você não tem nada de dilatação, sua bebê não desceu [...] você está em risco e está colocando sua bebê em risco, mas a gente pode acabar com essa ansiedade: amanhã eu faço a cesárea e domingo você já vai para casa”. [...] Na gravidez seguinte [quando ocorreu o *near-miss* materno], o médico me disse que na cesárea anterior meu útero foi cortado de uma maneira “muito estranha” [...] foi um corte além do necessário na cesárea, por isso meu útero acabou rompendo (Mariana).

Mariana vivenciou o *near-miss* materno após ruptura uterina em cicatriz de cesariana. Trata-se de uma condição de risco reiterada por diversos estudos, ou seja, cesariana anterior é um fator de risco para ruptura uterina (Miller et al., 2013; Norwitz, 2016).

O discurso médico tem o potencial de desencadear sentimentos de medo e tensão nas mulheres e nos seus pares quando aponta o risco de comprometimento da vitalidade do bebê. Tais reações podem comprometer não só a autoconfiança da mulher, mas também suas escolhas, como a espera pelo parto e nascimento fisiológicos; podem, ainda, repercutir clinicamente sobre seu estado de saúde (Aguiar; D'Oliveira, 2011).

O Brasil é um dos recordistas mundiais em número de cesarianas, muitas das quais não têm justificativas clínicas para serem realizadas. No setor privado, especialmente, mulheres e seus médicos pré-agendam a cirurgia tão logo o termo da gestação é alcançado, sob o voto de ser um procedimento seguro e indolor. Quase 90% dos nascimentos no setor privado ocorrem por cesarianas (Leal et al., 2014). Entretanto, este procedimento implica riscos que podem ser mantidos em nível mínimo, desde que seu uso fique restrito aos casos comprovadamente necessários. No Inquérito Nacional Nascer no Brasil, o histórico de cesariana prévia foi um fator associado com o *near-miss* materno, apresentando-se com um risco relativo de 1,9 (Dias et al., 2014).

Outra prática obstétrica prejudicial, não baseada em evidências científicas, realizada e aceita pelas mulheres com base em informações parciais ou distorcidas, é a restrição alimentar durante o trabalho de parto – situação vivida por Bianca: “Cheguei a pedir comida, mas não me deram, dizendo que não podia [...] eu estava desde a terça-feira [há 24 horas] sem comer e sem tomar água”.

Durante o trabalho de parto, a parturiente está em estado temporário de esforço extremo, análogo à condição de um atleta durante um exercício extenuante. Assim, deixar uma mulher em trabalho de parto com restrição total de alimentos e líquidos se mostra uma prática prejudicial e desumana. Do ponto de vista fisiológico, uma revisão sistemática sobre os riscos e os benefícios da restrição de dieta durante o trabalho de parto, incluindo cinco estudos com 3.130 mulheres, concluiu que não há justificativas para impedir que as mulheres se alimentem, seja na presença de risco habitual ou de alto risco obstétrico (Singata et al., 2013). Da perspectiva da humanização, considera-se cruel deixar as mulheres com fome e sede num momento em que estão vulneráveis física e emocionalmente, e em que precisam se sentir acolhidas e respeitadas. No entanto, conforme evidenciado no estudo de Leal et al. (2014), incluindo mais de 10 mil mulheres de risco obstétrico habitual, apenas 25,2% delas receberam alimentos e líquidos durante o trabalho de parto.

Cuidado não confidencial ou privativo

Tesser et al. (2015) exemplificam essa categoria de violência obstétrica como aquela em que as mulheres ficam em enfermarias coletivas durante o trabalho de parto, sem biombos separando os leitos obstétricos. Alertam ainda sobre o uso desta estrutura física – que não oferece privacidade à parturiente – como justificativa para a proibição de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto.

Pupulim e Sawada (2010) afirmam que a violação de privacidade pode ocorrer de formas e em níveis diversos no âmbito da informação, do espaço pessoal, territorial e do corpo e também no campo psicológico e moral. No atendimento à mulher durante o parto e o nascimento, é inevitável a exposição de seu corpo e suas manifestações durante o processo. Importa saber de que forma o cuidado será implementado para não a constranger e não violar seus direitos.

Nas memórias de Bianca o cuidado não confidencial ou privativo foi evidenciado:

Outra coisa que aumentou minha tensão é que no leito atrás de mim tinha uma moça que não deu tempo de levarem para a sala de parto, e o bebê nasceu no leito mesmo e morto [...] Tudo aquilo aconteceu ao meu lado [...] Uma outra moça também teve bebê na minha frente (Bianca).

Um estudo sobre percepção de pacientes acerca de sua privacidade no contexto hospitalar destaca que a exposição corporal ocorre notoriamente durante procedimentos realizados pela equipe de enfermagem, e que esta exposição, muitas vezes desnecessária, provoca constrangimento, desconforto, preocupação, insegurança e estresse psicológico (Soares; Dall’Agnol, 2011). Certamente, a exposição extrema a que a mulher se vê submetida durante o parto traz consequências que podem comprometer a sua percepção de integralidade e autonomia.

Em sua fala, Melissa ressalta: “Ali na hora [do parto] tinha um monte de estagiários na sala [...] Tinha gente até espremida” (Melissa).

Melissa deu à luz em um hospital-escola cujo objetivo, além de oferecer atendimento à população, é promover a formação dos aprendizes. Este cenário pode representar um grande desafio na garantia do direito dos usuários à privacidade, uma vez que o aprendizado na área da saúde não pode ocorrer sob a pena de constranger as pessoas ou de lhes negarem o direito de consentir na exposição de seus corpos. Conforme afirma Carneiro (2015), a V.O. pode ser expressa através de controle e da reprodução de *status quo* por parte dos profissionais e das instituições de saúde. Assim, num contexto em que o valor do aprendizado supera a

privacidade, as necessidades e os direitos das mulheres durante o parto, o cuidado é transformado em violência e a experiência do parto, em sofrimento.

Sobre a falta de uma estrutura física hospitalar que garanta privacidade às parturientes, tal como identificado na narrativa de Bianca, há nos quartos individuais de PPP (pré-parto, parto e pós-parto) uma alternativa segura, privativa, confortável e respeitosa às mulheres, aos bebês, aos acompanhantes e à equipe de saúde (Brasil, 2018)

Bohren et al. (2015) ressaltam a importância da estrutura e da organização dos serviços de obstetrícia para os desfechos em saúde. Maternidades que operam com superlotação de leitos e escassez de recursos humanos, por exemplo, podem explicar possíveis motivações dos maus-tratos maternos e das experiências negativas vivenciadas durante o parto.

Tratamento não digno e abuso verbal

Nesta categoria de violência obstétrica, Tesser et al. (2015) descrevem-na como a presença de uma comunicação desrespeitosa e hostil dos profissionais para com as mulheres, como, por exemplo, ao subestimarem e ridicularizarem sua dor ou ao desmoralizarem seu pedido de ajuda.

De maneira geral, todas as situações apontadas pelas mulheres e compreendidas como violentas reportam à violação do direito à dignidade humana. Cristal destacou, em sua narrativa, um diálogo profissional violento e abusivo a seu respeito, o qual teria ouvido enquanto lutava pela vida na UTI: “Eu devia estar meio sedada e me lembro do momento em que eu ouvi a enfermeira falando com a outra sobre mim: ‘essa daqui já morreu faz tempo e esqueceram de enterrar’” (Cristal).

A personalização do cuidado pode ser considerada um grande desafio à formação e à atuação profissional em saúde. Aprofundar as reflexões acerca das tecnologias invasivas que, se, por um lado, pelos argumentos biomédicos, têm o poder de garantir “bons resultados perinatais” e de possibilitar o controle do tempo em que os eventos se sucedem, por outro lado, objetifica o corpo da mulher quando o considera mero trajeto (útero, pelve) por onde deve passar o objeto (feto) (Brigagão; Gonçalves, 2010).

No cotidiano dos serviços de saúde, o cuidado com as mulheres durante o parto e o nascimento requer dos profissionais competências que vão além das ciências biológicas, abarcando as ciências humanas e sociais. Por esta razão, o movimento pela humanização do parto tem se fortalecido e incentivado o cuidado humano-centrado, seja no risco habitual, ou no alto risco obstétrico. No entanto, na situação vivenciada por Cristal, ao contrário, com o agravamento de sua condição de saúde, a atitude dos profissionais mostrou-se agressiva e desrespeitosa.

Duas mulheres destacaram ainda a falta de cuidado na informação e a aspereza profissional acerca do procedimento que seria realizado em seus corpos. Adriana sentiu-se destratada durante o preparo anestésico para sua cesariana de emergência. Bianca, que havia recebido alta hospitalar do parto há dois dias, precisou retornar ao hospital devido a complicações e foi culpabilizada pelo agravamento de sua condição de saúde:

O anestesista passou o negócio gelado nas minhas costas e de repente já foi aplicando a agulha, sem avisar... e eu pulei de susto... foi involuntário. E aí ele começou a me dar a maior lição de moral (Adriana).

A febre era forte, uma sensação de fraqueza e tontura, muito frio, falta de ar. Em alguns momentos, eu não sabia se tinha dormido ou se tinha desmaiado. Então, fui para o hospital. Lá, eles viram que eu estava com pus bem amarelado, um cheiro forte e um sangramento muito forte também. O que eles me falaram foi: “olha, um ponto abriu, mãe, você tem que se cuidar mais, porque os pontos estão abrindo” [...] eles me culparam (Bianca).

As relações de poder interpõem-se no contexto das instituições de saúde e, muitas vezes, resultam em violência. Esta violência, segundo Castrillo (2016), emerge de relações assimétricas normalizadas e baseadas em um saber-poder hierárquico naturalizado. Profissionais da saúde, em especial os médicos, municiados do conhecimento técnico-científico e reproduzindo comportamentos que privilegiam as técnicas em detrimento das relações humanas, constantemente expõem pacientes a situações degradantes de submissão e controle. As mulheres, nesse cenário, ficam ainda mais vulnerabilizadas em função de sua histórica condição de gênero oprimido. Aguiar e d’Oliveira (2011: 88) apontam para a existência de uma banalização do sofrimento das mulheres por parte dos profissionais de saúde, sobretudo aquelas que estão em condição de parturição. Para as autoras, “a banalização do sofrimento do outro remete à banalização da própria violência institucional, contida em frases que já se transformaram em jargões”, além da reprodução de condutas que salientam a culpabilização das mulheres sobre sua condição de saúde.

O tratamento não digno para as participantes deste estudo esteve presente também no impedimento de um acompanhante, conforme relatado por Adriana: “[...] Depois eu perguntei: ‘cadê meu marido?’, porque eu queria alguém ali comigo, e ele [o anestesista] falou assim: ‘não quero ninguém aqui; aqui quem manda é a equipe’” (Adriana).

Privar a mulher da presença de um acompanhante de sua escolha, garantido pela Lei nº 11.108/2005, mostra-se ainda hoje presente em muitos serviços de saúde. Discriminar o sexo dos acompanhantes, com a alegação de que a presença de

homens é constrangedora para as demais mulheres, é uma justificativa comum na recusa desse direito (Brasil, 2005).

Diversos estudos, como o de Diniz et al. (2014), reafirmam os benefícios maternos com a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Estes autores demonstraram ainda que das 23.940 mulheres entrevistadas, assistidas durante o parto em hospitais públicos e privados do país, 24,5% delas não tiveram acompanhante, 56,7% tiveram companhia parcialmente e apenas 18,8% tiveram companhia contínua durante o nascimento dos seus filhos. Isto reforça a existência de uma cultura rígida de negação dos direitos das mulheres no país, cultura esta que requer punição exemplar por se tratar de uma evidente expressão de violência obstétrica e de descumprimento de lei.

Abandono, negligência ou recusa de assistência

Estas três formas de violência obstétrica, segundo Tesser et al. (2015), colocam-se, habitualmente, como um castigo às mulheres consideradas “poliqueixosas”, “descompensadas” ou “demandantes”, ou seja, mulheres que expressam suas dores, que pedem ajuda ou que reivindicam seus direitos no contexto institucional do parto tendem a ser punidas pela equipe por meio do abandono, da negligência ou da recusa de assistência. Bianca e Patrícia relembrou vivências que se enquadram nesta categoria de violência obstétrica:

[...] era como se eu não estivesse sendo ouvida. Era muita gente e eles [os profissionais] não paravam ali na sala. Alguns momentos, eles deixavam as mães sozinhas [...] As enfermeiras só vinham quando era para aumentar a medicação ou quando alguma mãe estava entrando em trabalho de parto (Bianca).

[...] horas após o parto, depois que eu já tinha desmaiado ao tentar ir ao banheiro, veio uma enfermeira olhar como estava o meu absorvente. Mesmo deitada, eu estava com um sangramento forte. Mas ela falava: “é normal, é assim mesmo, não se preocupa”. [...] Na madrugada do sábado para o domingo, eu comecei a sentir muita falta de ar, mesmo deitada. [...] No domingo, no final do dia, eu desmaiei; meu pé estava branco, minha perna também, não tinha mais sangue ali e eu não conseguia mais ficar acordada; eu desmaia e acordava. Aí meu marido começou a gritar, desesperado, chamando a enfermagem: “faz um tempão que ela está com esse problema e vocês estão falando que é normal!” [...] e eu desmaiando; até que eu desmaiei e não voltei mais (Patrícia).

Diniz et al. (2015), ao abordarem o impacto da violência obstétrica na morbimortalidade materna, descrevem a negligência como um importante fator. Ignorar ou desconsiderar a expressão da dor e do sofrimento das mulheres durante o processo de parto, resultando na demora em atender às suas demandas em saúde, tem, segundo as autoras, associação com riscos de agravamentos à saúde e morte materna.

A complicação das intercorrências obstétricas requer um atendimento imediato e qualificado. Quanto maior o tempo entre a identificação do agravo e as medidas para a estabilização da paciente, menores são suas chances de sobrevivência. Um evento comumente associado com desfechos obstétricos negativos (*near-miss* e mortalidade materna) é o abortamento. Madeiro e Rufino (2017: 2775) discorrem sobre a presença frequente de negligência durante a assistência de mulheres que provocam o aborto, resultando, por exemplo, em longa espera para a realização do esvaziamento uterino – condição que contribui para complicações como septicemia e hemorragia. Este cenário é fruto de “um itinerário de julgamento moral”.

Enfatizamos que a violência obstétrica é, antes de tudo, uma grave forma de violência de gênero, expressando-se em desrespeito, abuso e maus-tratos não só durante o parto, mas durante todo o ciclo reprodutivo. Esses atos violentos comprometem os direitos humanos fundamentais das mulheres, além de se apresentarem como um problema de saúde pública mundial, na medida em que impedem a produção de um cuidado comprometido com a integridade física e emocional materna.

Considerações finais

Compreender a experiência das mulheres que vivenciaram o *near-miss* materno sobre a assistência obstétrica recebida permitiu responder positivamente à questão proposta no título deste artigo, ou seja, existe uma relação possível entre o *near-miss* materno e a violência obstétrica. Em outras palavras, a violência obstétrica tem potencial ameaçador à vida.

As memórias das mulheres sobre as diversas formas de violência obstétrica que vivenciaram foram associadas, direta ou indiretamente, com o quadro de morbimortalidade materna aguda grave (*near-miss*) que as aproximou da morte.

A abrangência e a complexidade da morbimortalidade materna e da violência obstétrica no Brasil impõem a urgência na implementação de medidas preventivas que alcancem indivíduos, famílias, comunidades, entidades profissionais e instituições formadoras de profissionais que atuam na obstetrícia. É importante mencionar que há, no Brasil, algumas políticas públicas com vistas à melhoria da

qualidade da assistência materna e perinatal e com potencial impacto na redução da violência obstétrica, como o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000), a Rede Cegonha – Rede de Atenção Materno-infantil (2011), e a Diretriz Nacional de Atenção à Gestante (2016/2017). No entanto, para a boa execução dessas políticas são indispensáveis uma gestão comprometida e um incessante controle social sobre as ações.

Ouvir a experiência das mulheres sobre a assistência recebida durante a gestação, o abortamento, o parto e o pós-parto pode prover importantes indicadores para o rastreio da violência obstétrica e das intervenções iatrogênicas potencialmente ameaçadoras da vida. Dificilmente a descrição desses procedimentos constará em prontuários. Assim, de que outro modo, senão confrontando os registros documentais aos testemunhos das mulheres, seria possível acessar tais informações?

Considera-se que a formação humano-centrada dos profissionais de saúde, bem como a auditoria clínica e a penalidade exemplar dos casos que violam os direitos de mães, bebês e acompanhantes devem ser prioridade das instituições de ensino, de saúde e jurídicas. Além disso, no âmbito das políticas de saúde, o tema violência obstétrica deve ser amplamente debatido, fazendo-se constar das agendas governamentais.

Finalmente, cabe pontuar que este artigo não finda a discussão das temáticas trabalhadas. Espera-se que novas pesquisas com abordagens metodológicas diversas possam enriquecer a ciência e o debate, em especial no que se refere aos limites do presente estudo acerca da baixa variabilidade do perfil socioeconômico das participantes.

Recebido: 22/10/2021

Aceito para publicação: 28/04/2022

Referências bibliográficas

- AGUIAR, Janaína M.; D'OLIVEIRA, Ana Flávia L. 2011. “Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias” [on-line]. *Interface Comunic. Saúde*, Botucatu. Vol. 15, n. 36, p. 79-91. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2011.v15n36/79-92/pt>. [Acessado em: 22.10.21].
- AMARAL, Eliana; LUZ, Adriana G.; SOUZA, João Paulo D. 2007. “A morbidade materna grave na qualificação da assistência: utopia ou necessidade?” [on-line]. *Rev. Bras. Ginecol. Obst.* Vol. 29, n. 9, p. 484-489. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n9/08.pdf>. [Acessado em: 22.10.21].
- BOHREN, Meghan A.; VOGEL, Joshua P.; HUNTER, Erin C. et al. 2015. “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review” [on-line]. *PLoS Med.* Vol. 12, n. 6. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847> [Acessado em: 22.10.21].
- BRASIL. 2005. Lei nº 11.108/2005, de 07 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 SUS. *Diário Oficial da União*. Seção 1, p. 1, 08 abr. 2005,
- BRASIL. 2009. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância da Saúde. Guia de Vigilância do Óbito Materno [on-line]. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. [Acessado em: 22.10.21].
- BRASIL. 2011. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. Nº 12, Seção 1, p. 1, 29 abr. 2011.
- BRASIL. 2018. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. “Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha: ambientes de atenção ao parto e nascimento”. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRIGAGÃO, Jacqueline I.M.; GONÇALVES, Roselane. 2010. “O uso das tecnologias em obstetrícia: uma leitura crítica” [on-line]. *Fazendo Gênero*. Nº 9, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. Disponível em: http://www.fg2010.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1278302832_ARQUIVO_fg9_texto_completo%5bBrigagao%3bGoncalves%5d.pdf. [Acessado em: 22.10.21].
- CARNEIRO, Rosamaria. 2015. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor: sofrimento no parto e suas potencialidades” [on-line]. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Nº 20, p. 91-112. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20.08.a>. [Acessado em: 05.05.22].
- CASTRILLO, Belén. 2016. “Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica” [on-line]. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Nº 24, p. 43-68.

- Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/?format=pdf&lang=es>. [Acessado em: 04.05.22].
- CUNNINGHAM, F. Garry et al. 2016. *Williams Obstetrícia*. 24. ed. Porto Alegre: Amgh Editora.
- DIAS, Marcos A.B. et al. 2014. “Incidência do near-miss materno no parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil” [on-line]. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 30 (Sup), p. S169-S181. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/2014.v30suppl1/S169-S181/pt>. [Acessado em: 22.10.21].
- DINIZ, Carmen S.G. 2005. “Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento” [on-line]. *Ciênc. Saúde Col*. Vol. 10, n. 3, p. 627-637. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n3/627-637/pt>. [Acessado em: 22.10.21].
- DINIZ, Carmen S.G. 2009. “Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal” [on-line]. *Journal of Human Growth and Development*. Vol. 19, n. 2, p. 313-326. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19921>. [Acessado em: 05.05.2022].
- DINIZ, Carmen S.G. et al. 2014. “Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil” [on-line]. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Vol. 30, supl. 1, p. S140-S153. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhJjx/?lang=pt#ModalArticles>. [Acessado em: 22.10.21].
- DINIZ, Carmen S.G. et al. 2015. “Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção” [on-line]. *Journal of Human Growth and Development*. Vol. 25, n. 3, p. 377-376. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. [Acessado em: 22.10.21].
- FILLIP, Veronique et al. 2004. “Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multicountry project auditing ‘near miss’ obstetrical emergencies” [on-line]. *Health Policy and Planning*. Vol. 19, n. 1, p. 57-66. Disponível em: <http://heapol.oxford-journals.org/content/19/1/57.short>. [Acessado em: 22.10.21].
- FPA. Fundação Perseu Abramo. 2010. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado* [on-line]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. [Acessado em: 04.05.22].
- HALBWACHS, Maurice. 2016. *La memoria colectiva*. 1. ed. Buenos Aires: Miño y Dávila editores.
- LEAL, Maria C. et al. 2014. “Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual” [on-line]. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 30, n. 1, p. S17-S32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>. [Acessado em: 22.10.21].
- LEAL, Maria C.; GAMA, Silvana G.N. 2014. *Nascer no Brasil: sumário executivo temático de pesquisa* [on-line]. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. [Acessado em: 04.05.22].

- MADEIRO, Alberto P.; RUFINO, Andréa C. 2017. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil [on-line]. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. Vol. 22, n. 8, p. 2771-2780. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8Vxx7RwsWCYJLcTPhmvVbcP/?lang=pt&format=pdf>. [Acessado em: 22.10.21].
- MEIHY, José C.S.B.; HOLANDA, Fabíola. 2013. *História oral: como fazer, como pensar*. 2. ed. São Paulo: Ed.Contexto.
- MILLER, Emily S. et al. 2013. “Consequences of a Primary Elective Cesarean Delivery Across the Reproductive Life” [on-line]. *Obstet Gynecol*. Vol. 121, p. 789-797. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2013/04000/Consequences_of_a_Primary_Elective_Cesarean.14.aspx. [Acessado em: 22.10.21].
- MILLER, Suellen et al. 2016. “Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide” [on-line]. *Lancet*. Vol. 388, p. 2176-2192. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext). [Acessado em: 04.05.22].
- NORWITZ, Errol R. 2016. “Cesarean delivery on maternal request” [on-line]. *UPTO-DATE*, Topic 4477. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-delivery-on-maternal-request#H12>. [Acessado em: 22.10.21].
- OMS. Organização Mundial da Saúde. 2014. “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” [on-line]. WHO, Genebra. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. [Acessado em: 22.10.21].
- OMS. Organização Mundial da Saúde. 2016. “Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez”. WHO, Genebra. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12_por.pdf;jsessionid=1873630DEF6B03E8F512A7A5BE690D4F?sequence=2 [Acessado em: 04.05.22].
- PADILHA, Roberto Q. et al. 2018. “Princípios para a gestão da clínica: conectando gestão, atenção à saúde e educação na saúde” [on-line]. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, Vol. 23, n. 12, p. 4249-4257. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n12/4249-4257/pt>. [Acessado em: 22.10.21].
- PULHEZ, Mariana M. 2013. “‘Parem a violência obstétrica’: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto” [on-line]. *Rev. Bras. Sociol. Emoção*. Vol. 12, n. 35, p. 522-537. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/RBSEv-12n35Ago2013completo.pdf#page=101> [Acessado em: 05.05.2022].
- PUPULIM, Jussara S.L.; SAWADA, Namie O. 2010. “Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados” [on-line]. *Texto Contexto Enferm*. Vol. 19, n. 1, p.36-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a04>. [Acessado em: 22.10.21].
- SINGATA, Mandisa et al. 2013. “Restricting oral fluid and food intake during labour” [on-line]. *Cochrane Database Syst. Rev.*, Issue 8. Art.n.CD003930. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full>. [Acessado em: 22.10.21].

- SOARES, Narciso V.; DALL'AGNOL, Clarice M. 2011. "Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem" [on-line]. *Acta Paul. Enferm.* Vol. 24, n. 5, p. 683-688. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/38500/000816798.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [Acessado em: 22.10.21].
- TESSER, Charles D. et al. 2015. "Violência Obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer" [on-line]. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.* Vol. 10, n. 35, p. 1-12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>. [Acessado em: 22.10.21].
- TORNQUIST, Carmen S. 2004. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese de Doutorado, PPGAS-UFSC, Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/86639>. [Acessado em: 12.05.22].
- WHO. World Health Organization. 2011. "Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health" [on-line]. WHO, Geneva. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44692/1/9789241502221_eng.pdf. [Acessado em: 22.10.21].
- WHO. World Health Organization. 2018. "WHO Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience" [on-line]. WHO, Viena. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. [Acessado em: 12.05.22].
- WHO. World Health Organization. 2022. "WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience" [on-line]. WHO, Viena. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>. [Acessado em: 04.05.22].
- ZANARDO, Gabriela L.P. et al. 2017. "Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa" [on-line]. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte. Vol. 29, e155043. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. [Acessado em: 22.10.21].