

A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa

Obstetric violence as a violation of women's right to health: a narrative review

Lara Azevedo Teixeira^a

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-5316-4736>

Layanne Cintra Soares^b

Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-0994-1854>

Veronica Perius de Brito^c

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-6560-8207>

Alice Mirane Malta Carrijo^d

Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-3125-2935>

Marcela Gomes de Souza^e

Orcid: <http://orcid.org/0000-0001-6584-6777>

Resumo

Introdução: A violência obstétrica se expressa como uma violação do direito à saúde feminina. Das mulheres que tiveram seus filhos em maternidades públicas e privadas brasileiras, 25% já foram submetidas a alguma forma de violência obstétrica, período no qual elas deveriam ser protagonistas e receber atendimentos adequados dos profissionais da saúde. **Objetivo:** Ressaltar a contradição existente entre os aparatos legais e a permanência da violação do direito à saúde da mulher. **Materiais e Métodos:** Foi realizada uma revisão narrativa nas bases de dados Pubmed, SciELO e Lilacs no período de 1999 a 2019, utilizando as combinações dos termos “Direitos reprodutivos”, “Cesárea”, “Saúde da Mulher” e “Episiotomia”. Abordou-se tanto os aparatos legais quanto os programas assistenciais voltados para a garantia de atendimentos adequados às mulheres e aos direitos dessas. **Desenvolvimento:** Apesar das consequências à integridade física, emocional e psíquica da mulher, foram identificadas práticas médicas como a episiotomia, o “ponto do marido”, a manobra de Kristeller e elevados números de cesarianas realizadas de forma indiscriminada e sem justificativas clínicas plausíveis, situações que reiteram os danos psicossociais e a vulnerabilidade da mulher. **Conclusão:** A necessidade de compreensão desse fenômeno complexo e de suas manifestações, aliada ao estabelecimento de sua definição em termos legais, torna-se relevante para conter não apenas a naturalização da violação do direito da mulher, mas também a perpetuação, na obstetrícia, de uma cascata de intervenções que rompe com a singularidade da atenção e do cuidado que esses indivíduos necessitam.

Palavras-chave: direitos sexuais e reprodutivos; cesárea; saúde da mulher; episiotomia

^a Discente do curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: laratxr@gmail.com

^b Discente do curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: layannecsoares@gmail.com

^c Discente do curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: veronicaperiusbrito@gmail.com

^d Discente do curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: alicemirane@gmail.com

^e Discente do curso de Graduação em Medicina. Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: marcelagomes.sza@gmail.com

Abstract

Introduction: Obstetric violence is expressed as a violation of the right to women's health. Of the women who had their children in Brazilian public and private maternity hospitals, 25% have already been subjected to some form of obstetric violence, a period in which they should be protagonists and receive adequate care from health professionals. **Objective:** To highlight the contradiction between the legal apparatus and the continued violation of women's right to health. **Materials and methods:** A narrative review was carried out in the databases of Pubmed, SciELO and Lilacs from 1999 to 2019, using the combinations of the terms "Reproductive rights", "Cesarean", "Women's Health" and "Episiotomy". Both the legal apparatus and the assistance programs aimed at ensuring adequate care for women and their rights were addressed. **Development:** Despite the consequences for the woman's physical, emotional and psychological integrity, medical practices were identified, such as episiotomy, the "husband's point", Kristeller's maneuver and high numbers of cesarean sections performed indiscriminately and without plausible clinical justifications, situations that reiterate the psychosocial damage and vulnerability of women. **Conclusion:** The need to understand this complex phenomenon and its manifestations, together with the establishment of its definition in legal terms, becomes relevant to contain not only the naturalization of the violation of women's rights, but also the perpetuation, in obstetrics, of a cascade of interventions that breaks with the singularity of the attention and care that these individuals need.

Keywords: reproductive rights; cesarean section; women's healthy; episiotomy

Introdução

A violência obstétrica se expressa como um problema de saúde pública que, de maneira silenciosa, rompe com a singularidade do parto, processo fisiológico de vulnerabilidade a danos físicos, mentais e sociais. Segundo Venturi, 25% das mulheres que tiveram seus filhos em maternidades públicas e privadas brasileiras já foram submetidas a alguma forma de violência obstétrica, período no qual elas deveriam ser protagonistas e receber o devido acolhimento dos profissionais da saúde¹.

Diante das reivindicações por meio da luta feminina, notam-se esforços do Ministério da Saúde (MS) para a criação de políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde da mulher²⁻⁸. Contudo, observam-se, ainda, práticas médicas intervencionistas sem evidências científicas, tais como a episiotomia procedida da sutura denominada "ponto do marido", a utilização do fórceps, o uso indiscriminado da ocitocina no trabalho de parto, a realização da manobra de Kristeller, além do elevado número de cesarianas desnecessárias¹⁰.

Desse modo, a violência obstétrica se revela como uma realidade cotidiana cruel¹¹ e se materializa como violação do direito fundamental à saúde da mulher, deixando-a à margem da autonomia, do protagonismo, da individualidade e da privacidade necessárias para a ocorrência de um parto humanizado¹². Esse cenário, desencadeia impactos negativos na saúde da mulher, reforça uma condição de submissão feminina e reitera uma assimetria da relação médico-paciente.

Diante da relevância do tema, o objetivo da presente revisão é ressaltar a contradição existente entre os aparatos legais e a permanência da violação do direito à saúde da mulher.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa que visa à descrição e detalhamento de um dado tema, reunindo informações relevantes de caráter teórico e contextual. Não requer, necessariamente, provas estatísticas que orientem as posições do autor, mas, busca a harmonização do conhecimento em torno de aspectos conceituais e empíricos relevantes acerca de um objeto de investigação, caracterizando-

se, basicamente, por ser uma síntese teórico-analítica¹³.

Partindo-se de tal princípio, a escolha pela revisão narrativa mostrou-se como a abordagem mais adequada para reunir informações acerca dos aparatos legais que garantem assistência à mulher e da realidade vivenciada por elas. Esse tipo de estudo permite construir uma interpretação crítica dos autores e oferecer ao leitor conhecimento sobre essa temática em curto espaço de tempo¹³.

O processo de busca de dados foi realizado de forma não sistematizada. Para a busca de artigos foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs. Conforme os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), alguns dos termos utilizados nas buscas foram “Direitos reprodutivos”, “Cesárea”, “Saúde da Mulher” e “Episiotomia”. Foram selecionados 10 artigos, consideraram-se trabalhos nos idiomas português e inglês, com data de publicação nos anos de 1999 a 2019 e não houve restrição quanto ao tipo de publicação. Também foi realizada uma busca na literatura cinzenta, da qual foram selecionados três portarias públicas, um programa governamental, uma política de saúde, duas leis federais, duas cartilhas e uma diretriz de ministérios públicos, dois guias e uma recomendação de organizações internacionais, todos publicados no período de 1984 a 2018. Também foram utilizados dois livros publicados em 2006, o Código de Ética Médica de 2001 e os sites do Fundo das Nações Unidas para a Infância e do Serviço Nacional de Saúde. Essa busca em textos de natureza heterogênea foi feita para possibilitar uma análise da problemática da violência obstétrica sob a perspectiva da mulher, do médico e das políticas públicas. Excluíram-se artigos não relacionados às práticas médicas associadas às áreas da ginecologia e da obstetria. Por fim, todos os materiais foram lidos na íntegra, categorizados e analisados criticamente.

Desenvolvimento

Aparatos legais à saúde da mulher

A experiência da gestação e do parto são momentos singulares na vida das mulheres e carecem de assistência especial e humanizada, principalmente, por se tratar de um fenômeno fisiológico dotado de significado sociocultural. Nesse sentido, ao realizar uma análise histórica acerca da construção dos direitos fundamentais à saúde da mulher brasileira, nota-se que a temática foi introduzida na política nacional no início do século XX, restringindo-se, inicialmente, ao cuidado relacionado ao ciclo gravídico-puerperal. Contudo, a partir de inúmeras manifestações por direito e igualdade, as mulheres reivindicaram mudanças na política de saúde para além do estado da gravidez, como questões relativas à sexualidade, prevenção de doenças e uso de métodos contraceptivos⁶.

Assim, em 1984, o MS elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual concentrou esforços para a promoção, proteção e recuperação da saúde feminina⁴. Além disso, por intermédio da Portaria/GM nº 569, de 01 de junho de 2000, instituiu-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que garante um atendimento adequado a mulheres no período pré-natal, parto e puerpério, assegurando os direitos de cidadania e dignidade, bem como a integridade física e psicossocial³.

Ademais, foi instituída a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005¹⁴, conhecida como a Lei do Acompanhante, cujo intuito é assegurar às mulheres o direito a um acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, de modo a garantir a segurança, bem como a saúde da parturiente, uma vez que esse momento pode expô-la a situações de vulnerabilidade física e emocional.

Ainda sobre a saúde da mulher na condição de gestante, por meio da Portaria

nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011², o MS instituiu a Rede Cegonha, uma iniciativa que estende os sentidos da humanização do cuidado, promovendo mudanças no âmbito da assistência e da gestão. Por meio da normativa, os profissionais da saúde são instruídos sobre a importância da utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos durante o trabalho de parto, além de serem capacitados para manejar situações de sofrimento, angústias, medos e de dores que frequentemente, acometem as mulheres nesse contexto.

Recentemente, em 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou novas diretrizes que reafirmam o direito da parturiente no que tange à escolha de um acompanhante, da posição durante o parto, bem como do tipo de parto, com o intuito de garantir a saúde e a segurança da mulher nessa ocasião. Além disso, por meio dessas diretrizes, foram estabelecidos padrões globais de atendimento a gestantes saudáveis, assim como estratégias para a redução do número de intervenções médicas no trabalho de parto, restringindo-as aos casos em que haja riscos de complicações¹⁵, uma vez que muitas práticas desnecessárias, comumente utilizadas na ginecologia e obstetrícia, podem causar danos tanto à saúde da mãe quanto do bebê.

Desse modo, apesar da existência dos aparatos jurídicos, bem como do conjunto de programas voltados à garantia da saúde da mulher, ainda são comuns casos de violência institucionalizada na prática obstétrica, haja vista a visão tecnocrática do parto como sendo um período propício para intervenções medicamentosas e cirúrgicas sem evidência científica de recomendação. Ademais, a ausência de uma definição para violência obstétrica, em termos legais, viabiliza a manutenção de práticas invasivas que não só desnaturalizam o parto, mas também contribuem para a medicalização desse e para a perpetuação da cultura machista e patriarcal vigente, que são fatores contribuintes para a limitação

dos direitos da mulher, assim como para a vulnerabilização dessa¹⁰.

A materialização da violência obstétrica

Uma prática amplamente utilizada na obstetrícia é a episiotomia, que consiste em uma incisão no períneo para ampliar o canal de parto¹⁶. Esse procedimento foi introduzido na prática médica no século XVIII, por um obstetra irlandês, o qual preconizava sua execução, apenas, em partos complexos e com risco para a vida materna ou fetal¹⁷.

Ainda na primeira metade do século XX, dois ginecologistas, Pomeroy e DeLee, divulgaram recomendações acerca dessa prática, de modo a evidenciar seus múltiplos benefícios, os quais se configuram na diminuição de lacerações graves, na redução do risco de trauma fetal e do tempo do período expulsivo¹⁸. Esse fato resultou em uma difusão sistemática do procedimento, o qual permanece, até os dias atuais, como um evento de rotina durante o parto em vários hospitais do Brasil.

Entretanto, é importante ressaltar que a OMS condena a prática indiscriminada da episiotomia, pois não há evidências científicas que comprovem os efeitos benéficos do uso liberal na prática obstétrica¹⁹. A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) apoia o uso restrito do procedimento em casos de início ou iminência de laceração perineal ou quando há urgência no parto²⁰. Acrescenta-se que o uso rotineiro dessa prática não previne lacerações perineais graves e aumenta a taxa de infecção e riscos de perda sanguínea, além de causar desconforto e aumentar o tempo de recuperação da mulher no pós-parto²¹.

A problemática, também, se relaciona com a hierarquia socialmente instituída na relação médico-paciente, em especial no caso das mulheres, em que a questão de gênero reforça o autoritarismo frente às decisões e condutas tomadas pelo médico em relação ao corpo feminino. Esse fato é evidenciado por uma prática, que

pode suceder a episiotomia, chamada de “ponto do marido”, a qual consiste na realização de uma sutura capaz de diminuir o diâmetro do diafragma vulvovaginal e, assim, tornar as futuras relações sexuais mais prazerosas para o homem, situação que reforça o estereótipo de que o corpo feminino deve ser moldado para a satisfação masculina²².

De outro modo, a violência obstétrica está presente nas altas taxas de cesáreas realizadas por ano. Segundo a OMS, a proporção recomendada de partos por cesariana foi estabelecida em até 15%, no entanto, no Brasil, esse percentual é de 57%²³. Nessa perspectiva, uma análise crítica da realidade nacional revela que grande parcela desses procedimentos cirúrgicos é realizada de forma indiscriminada, sem, de fato, haver indicações compatíveis com aquelas estabelecidas pelo MS, as quais podem existir em casos de doença materna sexualmente transmissível, como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e em casos de versão cefálica externa em mulheres com apresentação pélvica, por exemplo²⁴.

Diante disso, verifica-se que a proporção de cesáreas, realizadas sem justificativas clínicas plausíveis, é uma consequência da perpetuação de uma relação médico-paciente retrógrada, em que, a partir da vinculação entre o saber da ciência humana e a detenção de poder, o médico se torna protagonista do evento, retirando da mulher seus direitos fundamentais de autonomia, dignidade humana e de liberdade¹⁰. Dessa forma, o parto, desde o seu planejamento até a sua ocorrência, é centrado na figura do médico conforme sua agenda, conveniência, interesses pessoais, até mesmo, interesses financeiros envolvidos⁹.

Acredita-se que esse modo de atuação promove uma inversão de papéis que ocasiona o fenômeno da invisibilização da mulher¹⁰. Não é incomum que, desde o acompanhamento gestacional, as gestantes fiquem subjugadas ao discurso do médico

em detrimento de seus desejos e saberes, os quais, na maioria dos casos, não são investigados, nem respeitados pelos profissionais. Como consequência, as parturientes são expostas a uma situação de vulnerabilidade, ficam à margem do direito sobre o próprio corpo, fato que naturaliza uma moral que reforça a condição de submissão do sexo feminino e favorece o médico à medida que este passa a determinar as condições e os critérios para a realização do parto²⁵.

Assim, o que deveria ser um evento fisiológico e uma experiência pertencente ao universo feminino transforma-se em um evento médico tecnicista, o qual, além do procedimento cirúrgico, abrange a realização de inúmeras práticas intervencionistas, muitas vezes, desnecessárias e dolorosas. Dentre elas, menciona-se a injeção de medicamentos, anestesia peridural, o uso indiscriminado da ocitocina no trabalho de parto e manobra de Kristeller, que, associadas à cesárea, apresentam altos riscos tanto para a mãe: hemorragias, lacerações acidentais, complicações anestésicas, quanto para a criança: desconforto respiratório neonatal e prematuridade iatrogênica, reforçando o cenário de violência obstétrica praticada rotineiramente contra as mulheres⁹.

Criada em 1867 pelo médico alemão Samuel Kristeller, a manobra de Kristeller consiste na aplicação de uma pressão no fundo uterino a fim de acelerar a saída do bebê. Entretanto, há evidências de que seu emprego ocasione danos maternos e fetais, como lesões a nível do útero e períneo²⁶, além de fraturas e danos cerebrais ao recém-nascido²⁷. A força empregada contra o abdômen da mulher, com as mãos, braços ou cotovelos não pode ser mensurada, o que causa desconforto e aumenta os índices de laceração do períneo, bem como de realização de episiotomia. Nesse sentido, essa prática foi banida pelo MS e pela OMS e, por meio do Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, é contraindicado empurrar a barriga da gestante a fim de forçar a saída do bebê em

razão dos riscos aos quais a mãe e a criança são submetidas²⁸.

Ainda sobre o conjunto de intervenções prejudiciais, tem-se o uso, exacerbado, de ocitocina para a indução e aceleração do parto. Essa substância, que se configura como um hormônio indutor de contrações uterinas e atuante no processo de ejeção do leite, é comumente introduzida na mulher durante o parto, desde a década de 1950, quando foi elaborada sua versão sintética²⁹.

Desde então, a aplicação desse procedimento, de forma rotineira, tem se perpetuado na obstetrícia e gerado consequências negativas à parturiente e ao bebê, como a potencialização de dores e desconfortos ocasionados pelo aumento das contrações, bem como agravamento do sofrimento fetal³⁰. Não obstante, a aplicação de ocitocina com essa finalidade atua como um gatilho para outras intervenções, uma vez que pode desencadear problemas, os quais necessitarão de soluções baseadas em novas práticas intervencionistas, estabelecendo, assim, um “efeito cascata” de ações que poderiam ser evitadas e intensificando a medicalização do parto³¹.

Outro fator que também contribui para a ocorrência da violência obstétrica é o desrespeito ao direito da mulher, previsto na Lei do Acompanhante, de ser acompanhada durante todo o período de trabalho de parto, o que cria um cenário potencialmente favorável ao aumento da coercitividade e à arbitrariedade por parte da equipe médica¹⁴. Nesse sentido, agressões verbais, físicas e morais são praticadas, fato que acentua diferenças de poder e deixa a mulher ainda mais vulnerável em um momento de fragilidade¹⁰.

Assim, é notório que a atual conjuntura representa, também, uma ruptura ao que é proposto pelo Código de Ética Médica, o qual estabelece, no artigo 24, que “É vedado ao médico deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua

autoridade para limitá-lo”³². Além disso, essas práticas, também, destoam dos direitos sexuais e reprodutivos preconizados pelo MS, os quais reafirmam esse princípio de autonomia marcado pela plena liberdade da mulher em tomar as decisões referentes ao seu próprio corpo, exceto nos casos em que haja risco iminente de morte⁵.

Conclusão

A prática médica, voltada para a ginecologia e obstetrícia, é permeada por atos invasivos e retrógrados, os quais, além de violarem os direitos das mulheres, produzem impactos negativos à saúde dessas e da comunidade, estabelecendo o fenômeno da violência obstétrica. É notório que a cascata de intervenções desnecessárias, o desrespeito aos direitos da parturiente, a limitação imposta ao conhecimento das gestantes sobre os aspectos envolvidos no parto, assim como a violência física, verbal, psíquica são exemplos de atos que contrariam tanto as diretrizes de saúde estabelecidas pela OMS, quanto as normativas de proteção à mulher -PAISM, PHPN, Lei do Acompanhante, Rede Cegonha- e o Código de Ética Médica, deixando esses indivíduos em condição de vulnerabilidade.

Não obstante, o fenômeno da violência obstétrica também atua como um mecanismo de perpetuação de uma moral machista e hierárquica, que reforça a condição de submissão do sexo feminino e impede que a mulher tenha os seus direitos devidamente respeitados, inclusive, no âmbito da saúde. Esse cenário pode ser constatado à medida que se observa a taxa de cesáreas realizadas no Brasil nos últimos anos, a motivação desses procedimentos, além das práticas que o acompanham, como a episiotomia e o “ponto do marido”, as quais ameaçam a saúde da mulher em suas diversas faces e reafirmam um modelo de relação médico-paciente hierárquico, assim como excludente.

Nesse sentido, nota-se que a discussão sobre esse tema se justifica pela necessidade de recuperar a autonomia, a segurança, o bem-estar físico e psíquico da mulher, assegurando que a gestação e o parto sejam momentos dignos de atenção e de cuidado. Assim, a compreensão da violência obstétrica como um fenômeno complexo e nocivo às diversas esferas da

saúde feminina, bem como a identificação das práticas que a caracterizam e sua definição em termos legais tornam-se relevantes para a proposição de medidas que visem conter tanto a naturalização da violação do direito da mulher quanto o enraizamento de práticas intervencionistas, capazes de colocar a saúde, assim como a segurança feminina em risco.

Referências

1. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/SESC-SP; 2013.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2000;8 jun.
4. Ministério da Saúde. Programa de Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, DF; 1984.
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (DF); 2005.
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF); 2004.
7. Ministério da Saúde (BR), Conitec. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília (DF); 2016.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF); 2011.
9. Coelho EBS, Calvo MCM, Coelho CC. Saúde da mulher: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC; 2006. p. 205-16.
10. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência Obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia. 2017;29(1):200-7.
11. Muniz BMV, Barbosa RM. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência? In: Convenção Internacional de Saúde Pública, Havana, Cuba. 2012:3-7.
12. Gonçalves R, Aguiar CA, Merighi MAB, Jesus MCP. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. Rev Esc Enferm USP. 2011;45(1):62-70.
13. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul enferm. 2007; 20(2):V-VI.
14. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. Diário Oficial da União; 8 abr.
15. Serviço Nacional de Saúde. Parto: Novas recomendações da OMS. [acesso em 16 de maio de 2020]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/02/20/parto-novas-recomendacoes-da-oms>.
16. Viana IO, Quintão A, Andrade CRA, Ferreira FA, Dumont RD, Ferraz FO, et al. Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais 2011; 21(2): 43-46.
17. Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? Obstet Gynecol Clin North Am. 1999; 26:305-25.

18. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(1):1-2
19. World Health Organization (WHO). Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Place of publication not identified: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018.
20. Nassar, A. H., GERARD H.A., VISSER D. A. C., RANE A., GUPTA S. FIGO Statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *Int. J. Gynecol. Obstet.* 2019; 146 (1): 17-19
21. Dengo VAR, Silva RDS, Souza SRRK, Aldrighi JD, Wall ML, Cancela FZV. A episiotomia na percepção de puérperas. *Cogitare Enferm* 2016; 21(3): 01-08.
22. São Bento PAS, Santos RS. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Escola Anna Nery.* 2006;10(3):552-9.
23. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Quem espera, espera [acesso em 17 maio 2020]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf.
24. Ministério da Saúde (BR), Conitec. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília (DF); 2016.
25. Aguiar JM, d'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica* 2013;29(11):2287-96.
26. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal [acesso em 16 de Abril de 2018]. Disponível em: www.conasems.org.br/wpcontent/uploads/2017/02/portaria353.pdf.
27. Leal MDC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30(1): 17-32.
28. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos direitos da gestante e do bebê [acesso em 19 maio 2020]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/2351/file/Guia_dos_Direitos_da_Gestante_e_do_Beb_e.pdf.
29. Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. 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.* 2018;25(4):979-98.
30. Ministério Público do Estado do Acre. Direito das mulheres no parto [acesso em 19 maio 2020]. Disponível em: <https://www.mpac.mp.br/wp-content/uploads/cartilha-Direito-das-mulheres-no-parto.pdf>.
31. Diniz SG, Chacham AS. O 'corte por cima' e o 'corte por baixo': o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões Saúde Reprod.* 2006;1(1):80-91.
32. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001.

Como citar este artigo:

Teixeira LA, Soares LC, Brito VP, Carrijo AMM, Souza MG. A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. *Rev. Aten. Saúde.* 2020; 18(65): 137-144.