



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

OLÍVIA GRAZIELLY TEIXEIRA LIMA

**PARIR COM RESPEITO: INFOGRÁFICO EDUCATIVO NA IDENTIFICAÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

ICÓ – CE

2025

OLÍVIA GRAZIELLY TEIXEIRA LIMA

**PARIR COM RESPEITO: INFOGRÁFICO EDUCATIVO NA IDENTIFICAÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de conclusão de curso, do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS. A ser apresentado como requisito para obtenção de nota do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Joab Gomes da Silva Sousa.

OLÍVIA GRAZIELLY TEIXEIRA LIMA

**PARIR COM RESPEITO: INFOGRÁFICO EDUCATIVO NA IDENTIFICAÇÃO DA
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de conclusão de curso, do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS. A ser apresentado como requisito para obtenção de nota do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Me. Joab Gomes da Silva Sousa

Centro Universitário Vale Do Salgado

Orientador

Profa. Ma. Josefa Nayara de Lima

Centro Universitário Vale Do Salgado

1ª Examinadora

Prof. Me. Raimundo Tavares de Luna Neto

Centro Universitário Vale Do Salgado

2º Examinador

Dedico este trabalho a Deus, fonte da minha inspiração e capacidade de sonhar e escrever. Aquele que, como um humilde Galileu, carregou um fardo que não era seu. Sem Ele, eu não existiria. Aos meus pais, Maria das Graças e José Erion, que enfrentando suas tempestades e tsunamis, permitiram que hoje, eu chegasse a águas calmas e cristalinas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus pelo dom da vida, pela força e saúde que me permitiram concluir este trabalho. Sou grata por sua orientação nos momentos difíceis e por seu sustento nas vezes em que me senti incapaz. Ele me ensinou que a fé pode mover montanhas e abrir caminhos para conquistas inimagináveis.

Aos meus pais, Maria das Graças e José Erion, minha eterna gratidão não apenas pela vida que me deram, mas também pelos valores que me transmitiram e que moldaram a pessoa que sou hoje. Fui criada com amor e carinho, e tenho imenso orgulho de pertencer a esta família. Obrigada por sempre acreditarem em mim e por estarem ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu irmão, Júnior, agradeço de coração por sua presença constante, não apenas nesta jornada acadêmica, mas em toda a minha vida. Seu apoio, incentivo e até mesmo as brincadeiras nos momentos de tensão foram essenciais para que eu superasse os desafios deste trabalho.

A meu orientador, Joab Gomes, minha mais profunda gratidão. Você foi muito mais do que um orientador; foi um companheiro de jornada, compartilhando não apenas seu vasto conhecimento, mas também sua paciência e compreensão. Sua confiança em mim foi fundamental para que eu acreditasse no meu próprio potencial. Serei eternamente agradecida por tê-lo ao meu lado nessa fase tão significativa da minha trajetória acadêmica e pessoal.

Agradeço à banca avaliadora pela sua disponibilidade e o rigor técnico empregados na análise deste trabalho, pois foram cruciais. As valiosas contribuições recebidas neste processo de avaliação são um marco importante na conclusão de minha jornada acadêmica.

Aos meus colegas de curso, minha sincera gratidão pelo companheirismo, pelas trocas de experiências que enriqueceram minha caminhada, pelos momentos compartilhados, pelas risadas e pelo apoio nos desafios. Cada um de vocês fez parte dessa jornada e tornou esse percurso ainda mais especial.

RESUMO

LIMA, O. G. T. **PARIR COM RESPEITO: INFOGRÁFICO EDUCATIVO PARA A IDENTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**. 68p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS. Icó-CE, 2025.

A violência obstétrica representa uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública, caracterizado por práticas abusivas, desrespeitosas e desumanizadas durante o parto e nascimento. O Estudo objetiva desenvolver infográfico educativo para auxiliar gestantes na identificação e prevenção da violência obstétrica. Trata-se de um estudo de caráter metodológico, realizada nas bases de dados BDNF, LILACS e MEDLINE, utilizando os descritores controlados do DeCS e do MeSH: “Violência obstétrica”; “Cuidado pré-natal” e “Parto humanizado”, combinados por operadores booleanos. Foram incluídos estudos publicados entre 2020 a 2025, totalizando oito artigos analisados após triagem conforme critérios de elegibilidade. As evidências demonstram que a violência obstétrica se manifesta de diversas formas, como episiotomia e manobra de Kristeller sem indicação, comentários ofensivos, omissão de informações e desrespeito às escolhas da mulher. Os estudos apontam desconhecimento do tema por parte das gestantes e profissionais, o que contribui para a naturalização das práticas abusivas. Observou-se que o infográfico educativo se apresenta como ferramenta eficaz para facilitar a identificação da violência obstétrica, promover o empoderamento feminino, ampliar o acesso à informação e sensibilizar profissionais de saúde quanto à importância do cuidado humanizado. Conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica requer ações integradas de educação em saúde, capacitação profissional e fortalecimento das políticas públicas. O uso do infográfico educativo mostrou-se uma estratégia relevante para informar, conscientizar e transformar práticas assistenciais, contribuindo para a promoção de um parto mais respeitoso, seguro e centrado na dignidade da mulher.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Cuidado pré-natal. Parto humanizado.

ABSTRACT

LIMA, O. G. T. GIVING BIRTH WITH RESPECT: EDUCATIONAL INFOGRAPHIC FOR THE IDENTIFICATION OF OBSTETRIC VIOLENCE. 68p. Completion of Course Work (Graduation in Nursing). Vale do Salgado University Center – UniVS. Icó-CE, 2025.

Obstetric violence represents a violation of human rights and a serious public health issue, characterized by abusive, disrespectful, and dehumanized practices during childbirth and delivery. This study aims to develop an educational infographic to assist pregnant women in identifying and preventing obstetric violence. It is a methodological study conducted using the BDNF, LILACS, and MEDLINE databases, with controlled descriptors from DeCS and MeSH: “Obstetric Violence,” “Prenatal Care,” and “Humanized Birth,” combined with Boolean operators. Studies published between 2020 and 2025 were included, totaling eight articles analyzed after screening according to eligibility criteria. The evidence shows that obstetric violence manifests in various forms, such as episiotomy and Kristeller maneuver without indication, offensive comments, withholding of information, and disregard for women’s choices. The studies indicate a lack of knowledge about the topic among both pregnant women and healthcare professionals, which contributes to the normalization of abusive practices. It was observed that the educational infographic serves as an effective tool to facilitate the identification of obstetric violence, promote female empowerment, expand access to information, and raise awareness among healthcare professionals about the importance of humanized care. It is concluded that addressing obstetric violence requires integrated actions in health education, professional training, and the strengthening of public policies. The use of the educational infographic proved to be a relevant strategy to inform, raise awareness, and transform care practices, contributing to the promotion of a more respectful, safe, and dignity-centered childbirth experience for women.

Keywords: Obstetric violence. Prenatal care. Humanized birth.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1: Fluxograma das etapas para construção do infográfico.....	26
Quadro 1: Elaboração da pergunta norteadora.....	27
Quadro 2: Estratégia de busca.....	28
Quadro 3: Síntese da caracterização dos estudos, Icó, Ceará, Brasil, 2025.....	36
Quadro 4: Síntese sobre violência obstétrica.....	41

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

CEDAW	CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER
COFEN	CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CPN	CENTRO DE PARTO NORMAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PHPN	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO
PNAISM	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER
PNB	PROGRAMA NASCER NO BRASIL
PNH	POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO GERAL	15
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
3.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNDO E NO BRASIL:	16
MARCO HISTÓRICO CONTEXTUAL	
3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL E CENTROS	17
OBSTÉTRICOS: EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	
3.3 REGULAMENTAÇÃO DOS CENTROS DE PARTO NORMAL	19
E CESARIANOS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO	
3.4 A IMPORTÂNCIA DAS TECNOLOGIAS LEVES E LEVES-DURAS NAS	22
ORIENTAÇÕES DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A GESTANTE	
4 METODOLOGIA	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO INFOGRÁFICO	25
4.2.1 Primeira etapa: planejamento do material educativo	27
4.2.1.1 Revisão integrativa da literatura	27
4.2.1.1.1 <i>Elaboração da pergunta norteadora</i>	27
4.2.1.1.2 <i>Período da coleta</i>	28
4.2.1.1.3 <i>Critérios de inclusão e exclusão</i>	28
4.2.1.1.4 <i>Extração de dados</i>	29
4.2.1.1.5 <i>Avaliação dos estudos incluídos na revisão</i>	29
4.2.1.1.6 <i>Interpretação dos resultados</i>	29
4.2.1.1.7 <i>Síntese do conhecimento e apresentação da revisão</i>	30
4.3 ETAPA 2 – DESENVOLVIMENTO DOS INFOGRÁFICOS	30
4.3.1 Fase de pré-produção	30
4.3.2 Segunda etapa: produção	32
4.3.3 Terceira etapa: pós-produção	32
4.3.4 Definição dos objetivos e conteúdos educacionais	32
4.3.5 Coleta de dados disponíveis	33
4.3.6 Estruturação dos dados e preparação da versão final	33
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	33

5. RESULTADOS	35
5.1 RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	35
5.2 ANÁLISES DOS ESTUDOS	41
5.3 DESIGN E DESENVOLVIMENTO DO INFOGRÁFICO	42
6. DISCUSSÕES	55
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
ANEXOS	69

1 INTRODUÇÃO

O parto constitui um marco singular na vida da mulher, deixando repercussões significativas em diferentes dimensões, como a física, a emocional e a social. Trata-se de um momento intensamente aguardado ao longo da gestação, alimentado por expectativas e idealizações, que permanece vivo na memória materna, sendo constantemente revivido como uma experiência única e transformadora (VALADÃO, PEGORARO, 2020).

Por sua vez, a violência obstétrica é caracterizada pela violação dos direitos contra a mulher durante a gestação, parto e pós-parto, através de práticas médicas desnecessárias e invasivas, como o uso de medicamentos, diálogos agressivos, maus tratos físicos e psicológicos e a falta de informação sobre os procedimentos são exemplos dessas práticas. Essa violência priva a mulher de sua autonomia e resultando em diversas consequências negativas para sua saúde e a do bebê (AGUIAR; OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; SERRA, 2018; FERNANDES *et al.*, 2019).

Este tipo de violência infringe a autonomia da mulher por meio do abuso físico e psicológico. A violência física manifesta-se, por meio de procedimentos invasivos e dolorosos, realizados sem o consentimento da mulher, como repetidos toques vaginais, cesáreas desnecessárias, episiotomias e manobras bruscas. Já a violência psicológica dar-se-á por meio da manipulação, medo e da negação de informação; levando a gestante/puérpera a aceitar procedimentos invasivos e indesejados, como ocorria de costume a anos anteriores as mudanças de políticas públicas, como por exemplo a indução do parto e a realização de episiotomia sem necessidade obstétrica (ESTUMANO *et al.*, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a violência obstétrica como um conjunto de condutas, atos ou omissões que desrespeitam os direitos reprodutivos das mulheres, comprometendo sua dignidade, caráter, integridade, autonomia e liberdade. É um fenômeno que envolve questões de cunho social, como: gênero, raça, classe e institucional, que transforma ou substitui um processo natural e fisiológico em um momento de extrema vulnerabilidade materna que se quantifica por práticas abusivas e hierárquicas, intervencionistas e métodos enraizados no modelo biomédico, implicando na qualidade de vida das mulheres que vivenciam (OMS, 2014).

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública e social, que é possível identificar a incidência e prevalência das marcas físicas visíveis no corpo da mulher. Dentre os tipos de violências, relacionadas ao gênero feminino derivada de uma sociedade

basicamente patriarcalista e machista, podemos categorizar a violência em cinco tipos segundo a Lei Maria da Penha nº 11.340/2006 sendo elas, violência patrimonial, física, sexual, moral e psicológica, revelando a amplitude e a gravidade desse problema (DIAS, 2015).

A Organização Mundial da Saúde reconhece a violência contra a mulher como um grave problema de saúde pública a nível mundial, afetando mulheres de todas as origens e classes sociais, e violando fundamentalmente seus direitos humanos. Por sua vez, a mulher vítima de violência, em diversos âmbitos e ciclos da vida, seja ela em seu ambiente doméstico, profissional e institucional, está vulnerável e propensa a diversas situações importunas que podem surgir durante o trabalho de parto, parto e nascimento. É importante ressaltar, que pode ocorrer durante toda a gestação, no puerpério e até mesmo em casos de abortos (ALMEIDA *et al.*, 2021; PAHO, 2021).

O Programa Nascer no Brasil (PNB, 2022), realizada à nível nacional, mostra que 53,5% das mulheres sofreram algum tipo de violência, evidenciando que de 23.940 puérperas, somente 5,6% vivenciaram o parto natural sem interferência e 45,5% parturientes realizaram a cesárea. Embora 56,8% tivessem sido apontadas como caso de risco habitual, 40% receberam ocitocina e efetuaram aminiotomia para acelerar o momento da expulsão e, por fim, 30% receberam analgesia raqui/peridural. Durante o nascimento, as intervenções com a parturiente em posição de litotomia foi aplicada em 92% dos relatos coletados, a manobra de Kristeller obteve o acontecimento de 37% e por fim, a episiotomia aconteceu em 56% dos casos (FIOCRUZ, 2022).

Com isso, muitas mulheres ainda desconhecem o direito que algumas leis já criadas à asseguram, como a Lei Federal nº 11.108/2005, estabelece que a pessoa que acompanhará a parturiente é de sua livre escolha, podendo ou não ter vínculos familiares com ela, já que compete à mulher decidir quem pode melhor prover o suporte emocional de que necessita, bem como dar assistência a fim de garantir que a sua vontade seja respeitada caso ela esteja impossibilitada de fazê-lo (BRASIL, 2005).

De acordo com a Resolução Cofen nº 672/2021, regulamenta a prática profissional de enfermeiros, enfermeiros obstetras e obstetrizes nos serviços de obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência de saúde que atendem mulheres grávidas, durante o parto e no pós-parto, garantindo a assistência humanizada e qualificada e estabelecendo os requisitos para o registro profissional (COFEN, 2016).

O infográfico educativo funciona como uma tecnologia leve de cuidado, fornecendo informações sobre direitos da mulher, práticas seguras e formas de identificar violência obstétrica. Ele promove o empoderamento da gestante, garantindo participação nas decisões sobre seu cuidado e preservação da autonomia e dignidade, ao mesmo tempo em que sensibiliza profissionais para práticas éticas, respeitadas e humanizadas, contribuindo para um parto seguro e acolhedor (PANTOJA *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, justifica-se a realização desta pesquisa com o objetivo de compreender a complexidade da assistência de enfermagem prestada às mulheres vítimas de violência obstétrica. A enfermagem, como primeira linha de cuidado, possui um papel estratégico na identificação precoce dos sinais de violência, no acolhimento humanizado, integral e na promoção de práticas de cuidado que garantam a segurança, a autonomia e o bem-estar das mulheres.

Este estudo é relevante, pois visa contribuir para a compreensão da magnitude e das consequências da violência obstétrica, com a necessidade de garantir a saúde integral da mulher, promovendo um cuidado seguro e humanizado durante o processo do parto e puerpério. Destacando-se a importância da assistência de enfermagem como estratégia para prevenir e combater essa prática, atuando de forma proativa na identificação de sinais de risco, promovendo práticas que valorizem a autonomia, a dignidade e os direitos das mulheres, e combatendo a violência obstétrica em todas as suas formas.

2 OBJETIVO GERAL

Desenvolver infográfico educativo para auxiliar gestantes na identificação e prevenção da violência obstétrica

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar, na literatura, os principais tipos e exemplos de violência obstétrica;
- Mapear as principais orientações e informações essenciais para gestantes sobre direitos e práticas respeitadas;
- Elaborar conteúdo educativo em linguagem acessível, clara e humanizada que possibilite a identificação da violência obstétrica.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO MUNDO E NO BRASIL: MARCO HISTÓRICO CONTEXTUAL

Ao longo da história, as mulheres vêm sendo alvos de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996b), a violência é a imposição de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher.

Nas últimas três décadas, o Brasil experimentou profundas transformações sociais e econômicas, impactando diretamente a saúde da população. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto de intensas mobilizações sociais, representou um marco na garantia do acesso universal e equânime à saúde. No entanto, apesar dos avanços na atenção primária, desafios persistentes na assistência à saúde materna e obstétrica evidenciam a necessidade de contínuas melhorias no sistema (FIOCRUZ, 1999; LEAL *et al.*, 2018).

A violência obstétrica é um grave problema de saúde pública que se manifesta por meio de ações violentas, como agressões físicas, psicológicas, verbais e sexuais, além de omissões, negligências e discriminação, durante a gestação, parto e puerpério. Essa prática viola os direitos humanos das mulheres e revela uma falha sistêmica na assistência à saúde, perpetuando desigualdades de gênero e hierarquias culturais (BRITO, OLIVEIRA, COSTA, 2020; LIMA, PIMENTEL, LYRA, 2021).

Além disso, a violência obstétrica é caracterizada pela invasão do corpo e dos processos reprodutivos da mulher no seu período de gestação, parto e pós-parto, por meio de práticas médicas desumanas, excesso de medicalização e patologização do natural. Essa violência priva a mulher de sua autonomia, controle sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente sua qualidade de vida (REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, 2007 apud SOUZA *et al.*, 2018).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), a violência contra as mulheres é considerada no âmbito da saúde sexual e reprodutiva uma grave violação dos direitos humanos. Essa prática vai contra os princípios da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), da qual o Brasil faz parte (ONU, 2019). O caso Alyne Pimentel é emblemático sobre racismo, violência obstétrica, negligência e má assistência, onde torna o Brasil o primeiro país do mundo a responder em uma corte

internacional, por uma morte materna.

Nesse âmbito, o refinamento e disseminação dos conceitos acerca da violência obstétrica, foram de suma importância para o desenvolvimento de movimentos sociais e dos direitos humanos, os quais contribuem significativamente para dissolução de aspectos culturais persistentes, desde o âmbito social até o profissional (GOHN, 2011). Agrega-se, também, o posicionamento da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual versa que toda mulher possua direito a assistência digna e respeitosa durante toda gestação e parto, independentemente de grupo social, raça, cor ou grau de escolaridade (OMS, 2014).

No Brasil, destacam-se os incentivos da política ministerial Rede Cegonha, publicada em 24 de junho de 2011. Essa prioriza o desenvolvimento de uma cultura de valorização e incentivo a práticas humanizadas na assistência ao ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2011). Desde então, foram pontuadas reflexões e sensibilizações para a mudança cultural e assistencial na perspectiva de cuidado a gestante, parturiente e puérpera (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

No entanto, é perceptível a necessidade de maiores esforços para minimizar a perpetuação cultural da violência obstétrica nas instituições de saúde, sobretudo, para construção de um arcabouço legal (RESENDE, 2014). Exemplificando possíveis avanços nessa área, estão os Projetos de Lei 1.130/17, 7.633/2014, 8.219/17 e 7.867/17 os quais dispõem sobre as diretrizes e os princípios inerentes aos direitos da mulher durante a gestação, pré-parto e puerpério e a erradicação da violência obstétrica (BRANDÃO, 2017; SANTOS, 2014; SILVA, 2017; MORAES, 2017). Diferentemente do Brasil, a Argentina e o México já editaram legislações específicas sobre violência obstétrica (XAVIER, 2019).

3.2 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL E CENTROS OBSTÉTRICOS: EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Durante o processo de parto, é de extrema importância promover a subjetividade da mulher e garantir seus direitos, durante o processo de parto e nascimento, proporcionando uma assistência humanizada. O parto humanizado é um cuidado voltado para a mulher, individualizado, baseado em evidências científicas e que envolve o respeito à evolução fisiológica do parto (PIESZAK *et al.*, 2013; NAGAHAMA, SANTIAGO, 2011).

Na década de 1980 ocorreu um movimento de humanização obstétrica, em decorrência das medidas intervencionistas realizadas durante o parto, que teve como objetivo

preservar as necessidades das mulheres e garantir que o parto ocorresse de forma natural (SILVA; SANTOS; PASSOS, 2022). Com o passar dos anos, diversos avanços foram conquistados na assistência ao parto, em consequência da criação de políticas públicas inovadoras, pensadas para melhorar a qualidade da assistência e promover a humanização do processo de parto (LIMA *et al.*, 2018b).

Em 1º de junho de 2000, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de garantir um parto humanizado e seguro para todas as mulheres e seus bebês, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 2000). A partir disso, obteve-se um maior investimento na assistência no período gravídico-puerperal por parte das políticas públicas em saúde, o que possibilitou melhorar e ampliar a qualidade da assistência ao cuidado integral da mulher (PIESZAK *et al.*, 2013).

Em 2004, o Brasil instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com o objetivo de garantir os direitos das mulheres e ampliar o acesso aos serviços de saúde. A política busca melhorar a atenção obstétrica, o planejamento familiar e o combate à violência contra a mulher, além de fortalecer a prevenção e o atendimento ao aborto inseguro (BRASIL, 2004). Em 2011, como complemento ao PHPN, o governo federal lançou a Rede Cegonha. Essa iniciativa visava ampliar o acesso da mulher a serviços de saúde, garantindo o direito ao planejamento reprodutivo e oferecendo uma atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2011).

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou diretrizes para o parto normal com o objetivo de garantir que as mulheres tenham acesso a informações científicas, sejam tratadas com respeito e participem ativamente das decisões sobre seu parto. As diretrizes também visavam reduzir intervenções médicas desnecessárias e padronizar os cuidados durante o parto normal (BRASIL, 2017).

A assistência humanizada é de grande importância para proporcionando para a parturiente um parto positivo, um ambiente acolhedor e respeitoso. Através do diálogo, da escuta ativa e da explicação dos procedimentos, busca-se garantir que a parturiente se sinta segura e empoderada, tomando decisões conscientes sobre seu parto (KOETTKER; BRUGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

A partir do século XVIII, com o desenvolvimento da ciência, o processo de parto passou a ser cada vez mais medicalizado e institucionalizado em hospitais. Essa mudança, embora tenha contribuído para a redução da mortalidade materno-infantil, também aumentou

significativamente as intervenções no processo fisiológico do nascimento. A busca por segurança e controle levou a um aumento expressivo no número de cesáreas, tornando o Brasil um dos países com as maiores taxas de cesáreas no mundo, com uma média de 46,6% de cesáreas em serviços públicos e de 85% de cesáreas na rede privada (KAPPAUN; COSTA, 2020; BAGGIO *et al.*, 2021).

O crescente aumento das cesáreas tem levado à medicalização excessiva do parto vaginal, com o uso cada vez mais frequente de intervenções médicas. Esse processo tem transformado o parto em uma experiência menos natural, reduzindo a autonomia da mulher e expondo-a a procedimentos invasivos (SCHMALFUSS, 2010). A institucionalização do parto resultou em um distanciamento da família e em um ambiente hospitalar pouco acolhedor para as mulheres. A priorização das necessidades dos profissionais de saúde levou à criação de protocolos rígidos e à internação em quartos coletivos, limitando a autonomia e o conforto das gestantes (VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Por tanto, o parto, antes um momento íntimo e familiar, tornou-se cada vez mais medicalizado, com a mulher perdendo autonomia sobre seu corpo. A posição de litotomia, mais conveniente para o profissional de saúde, se tornou padrão, intensificando o desconforto e o estresse da parturiente em um ambiente desconhecido e pouco acolhedor (SANTOS *et al.*, 2019; VENDRÚSCOLO; KRUEL, 2015).

Considerando a prevalência de partos hospitalares e o aumento do número de cesáreas documentadas no Brasil, bem como o estado atual das práticas e procedimentos, é essencial analisar a assistência durante a gestação e o parto, incluindo todo o período, desde as consultas de pré-natais ao pós-parto. Questões como acesso à assistência à saúde, qualidade da assistência e participação da mulher no processo de cuidado, considerando as informações fornecidas à gestante e seu consentimento (sobre a sua situação de saúde, as condutas e procedimentos com seus ganhos e riscos e ao seu direito de escolha frente a isto) e a garantia do direito de ter um acompanhante durante o processo devem ser consideradas em uma política de humanização da assistência. (BRASIL, 2008, 2014; Portaria n. 1.459/2011).

3.3 REGULAMENTAÇÃO DOS CENTROS DE PARTO NORMAL E CESARIANOS NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

Segundo ORTIZ *et al.*, (2019) o parto normal é um processo fisiológico que oferece diversos benefícios à mãe e ao bebê, como a liberação de hormônios que promovem o bem-

estar e a ativação do sistema imunológico do bebê. No entanto, em algumas situações, a cesárea se torna a opção mais segura, como nos casos de placenta prévia, descolamento prematuro da placenta e gestação múltipla com feto em posição pélvica. Essas condições podem colocar em risco a saúde da mãe e do bebê, justificando a realização da cirurgia (FERREIRA *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2010).

No entanto, é importante ressaltar que a cesariana, assim como qualquer procedimento cirúrgico, também apresenta riscos, como infecções, hemorragias, formação de coágulos sanguíneos e complicações anestésicas. Além disso, o período de recuperação da cesárea é geralmente mais prolongado e pode dificultar o início da amamentação, em comparação com o parto vaginal (FERREIRA *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2010).

Segundo Rezende, a história da cesárea inicia-se desde a antiguidade, sendo inicialmente realizada em situações extremas, após a morte materna, a fim de salvar a vida do bebê. Com o avanço da medicina, especialmente na primeira metade do século XX, as inovações técnicas como a higienização, a anestesia e a esterilização proporcionaram um ambiente mais seguro para a realização desse procedimento, impulsionando seu desenvolvimento e consolidando-o como prática comum (FILHO, 2022; LANCET, 2018).

A taxa de cesáreas no mundo tem aumentado de forma considerável, passando de 7% em 1990 para 21% em 2021. Essa tendência é especialmente evidente em países como a República Dominicana, Brasil, Chipre, Egito e Turquia, os quais as cesarianas ultrapassam os partos vaginais, equivalente a cada 10 partos 4 serem cesáreas (FILHO; SANTOS, 2018).

O Brasil é o campeão de cesarianas no mundo: esta é uma das frases que mais se escuta em eventos de ativistas da humanização do parto e do nascimento. De fato, segundo pesquisa divulgada em 2018 no jornal britânico *The Lancet* (BOERMA *et al.*, 2018), o país contava com uma taxa de 56% de cesáreas, sendo, no entanto, o vice-campeão no procedimento, perdendo para a República Dominicana, cuja taxa alcançava os 59%. De todo modo, trata-se de um índice considerado alarmante e apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma epidemia, e o que se diz é que esforços não devem ser medidos para combater este excesso de cirurgias.

O crescente número de cesáreas no Brasil indica a relevância da atual discussão a respeito do tema, principalmente da ocorrência de cirurgias cesáreas desnecessárias. São consideradas desnecessárias aquelas operações que ocorrem quando não há situação que coloque em risco a saúde da gestante ou do bebê e, portanto, exigiriam intervenção através de procedimento. Sem a indicação correta, a realização da cirurgia pode levar ao aumento do

risco de complicações graves para a díade (BRASIL, 2015).

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (2010) uma em cada quatro mulheres sofre violência na hora do parto. Essas violências não se referem apenas à prática de cesárias desnecessárias e sem informação adequada às gestantes, mas também a diversos tipos de práticas, omissões e agressões verbais dirigidas às mulheres. É preciso jogar luz sobre essa variedade de práticas e violências, para que as mulheres possam reconhecê-las como tal e possam denunciar suas ocorrências dentro dos serviços de saúde.

O Brasil tem buscado melhorar a qualidade da assistência ao parto e nascimento através de iniciativas como a Rede Cegonha, no setor público, e o Projeto Parto Adequado, no setor privado. A criação dos Centros de Parto Normal (CPN) é um dos resultados dessas ações. Regulamentados pela Portaria nº 11/2015, os CPNs oferecem um ambiente acolhedor e centrado na mulher, promovendo uma experiência de parto mais humanizada e respeitosa (LEAL *et al.*, 2019).

Estudos como o de LIMA *et al.*, (2021) tem mostrado que as mulheres que optam por dar à luz em Centros de Parto Normal sentem-se mais autônomas e satisfeitas com a assistência recebida. Essa abordagem humanizada, que limita intervenções médicas desnecessárias como cesarianas e episiotomias, contribui para um aumento significativo na taxa de partos normais e proporciona uma experiência mais positiva para as gestantes durante o parto.

Souza *et al.*, (2022) destacam a relevância das campanhas do SUS durante o pré-natal, pois desempenham um papel fundamental na promoção do parto normal e humanizado. Ao fornecer informações precisas sobre os benefícios do parto normal e os riscos das cesarianas desnecessárias, essas campanhas visam empoderar as gestantes, auxiliando-as a tomar decisões mais conscientes sobre o tipo de parto. O objetivo é reduzir a taxa de cesáreas sem indicação médica e promover uma cultura de parto mais natural e respeitoso.

A cesariana pode vir a tornar-se um procedimento essencial para garantir a saúde da mãe e do bebê em determinadas situações. No entanto, a subutilização desse recurso pode levar a complicações e óbitos maternos e infantis. Por outro lado, o excesso de cesáreas, sem indicação médica, não traz benefícios e pode gerar danos à saúde da mulher e do bebê, além de sobrecarregar o sistema de saúde. A busca pelo uso adequado da cesárea é, portanto, um desafio global para garantir a melhor assistência obstétrica (BETRAN *et al.*, 2021).

Matias *et al.*, (2021) afirmam que é de suma importância promover o parto normal para garantir uma experiência de parto mais segura e satisfatória para as mulheres. Ao reduzir

as taxas de cesáreas desnecessárias, diminuimos os riscos de complicações para a mãe e o bebê, além de otimizar o uso dos recursos do sistema de saúde. A decisão sobre o tipo de parto deve ser tomada de forma compartilhada entre a mulher e o profissional de saúde, com base em evidências científicas.

Outro aspecto relevante a considerar é o impacto económico nos sistemas de saúde e nas famílias relacionado com o tipo de nascimento. Um estudo realizado por ENTRINGER *et al.*, (2018) revelou que os custos associados ao parto normal são consideravelmente inferiores aos da cesárea. A pesquisa quantificou essa diferença, analisando os custos diretos de cada procedimento, como medicamentos, materiais hospitalares e diárias de internação. Embora o parto normal seja preferível em muitas situações, é fundamental reconhecer que a cesárea é um procedimento essencial em casos específicos para garantir a segurança da mãe e do bebê (ORTIZ *et al.*, 2019). O desafio é encontrar um equilíbrio entre a promoção do parto normal e a indicação precisa da cesárea, sempre priorizando a saúde materna e infantil.

3.4 A IMPORTÂNCIA DAS TECNOLOGIAS LEVES E LEVES-DURAS NAS ORIENTAÇÕES DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO A GESTANTE

As tecnologias atuam como facilitadoras, permitindo que os profissionais de saúde ofereçam uma assistência mais eficiente e que a população tenha acesso a informações confiáveis sobre saúde. Dessa forma, as tecnologias contribuem para o aprimoramento dos processos de cuidado e educação em saúde (LIMA *et al.*, 2019).

Segundo MERHY (2002), as tecnologias em saúde podem ser classificadas em leve, leve-dura e dura. No entanto, o que unifica todas essas classificações é a necessidade do trabalho vivo, ou seja, a participação ativa dos profissionais de saúde. Seja nas relações interpessoais (tecnologias leves), nos conhecimentos técnicos (tecnologias leve-duras) ou no uso de equipamentos (tecnologias duras), o profissional de saúde é fundamental para garantir a eficácia do cuidado.

As tecnologias de cuidado obstétrico são como instrumentos que devem ser utilizados para apoiar a mulher durante o parto, um processo natural e fisiológico. É fundamental que essas tecnologias sejam aplicadas de forma respeitosa, preservando a integridade física e psicológica da mulher. A abordagem deve ser sempre humanizada, colocando a mulher no centro do cuidado (SANTOS; RANGEL, 2020).

No Brasil, a maioria dos partos ocorre em hospitais, com o auxílio de tecnologias que

visam garantir a segurança tanto da mãe quanto do bebê. Essa abordagem tecnológica busca oferecer uma assistência obstétrica de alta qualidade, eficaz e com um bom custo-benefício, sempre baseada em evidências científicas sólidas (WHO, 2018).

Diante disso, em referência ao uso das tecnologias da saúde, as tecnologias leves se referem às práticas que envolvem o acolhimento e a comunicação humanizada com a mulher. Isso inclui um tratamento gentil, a oferta de informações claras e concisas sobre o processo do parto, a possibilidade de ter um acompanhante e a liberdade para tirar dúvidas e receber explicações sobre os procedimentos (CARVALHO, 2022).

As tecnologias leve-duras englobam principalmente os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o parto, como a musicoterapia, a massagem, o banho morno e a utilização de ferramentas como a bola suíça e a escada de Ling. Essas técnicas, juntamente com o partograma para monitoramento do trabalho de parto, visam proporcionar um parto mais humanizado e menos doloroso para a mulher (CARVALHO, 2022).

As tecnologias duras utilizadas na obstetrícia incluem os métodos para avaliar a saúde do bebê durante a gestação e o parto, como os monitoramentos cardíacos fetal. Além disso, são utilizadas técnicas para acelerar o trabalho de parto, como a ocitocina sintética, e procedimentos cirúrgicos, como a cesariana e a episiotomia (CARVALHO, 2022).

Diante disso, considerar a tecnologia como um conjunto de conhecimentos em constante transformação, os profissionais da saúde são estimulados a buscar novas soluções e a inovar em suas práticas. Dessa forma, eles se tornam agentes ativos na construção de um sistema de saúde mais eficiente e humanizado (SALBEGO *et al.*, 2022).

Vale ressaltar que, a abordagem da tecnologia na enfermagem deve ser construtiva e baseada na experiência prática dos profissionais. Essa abordagem exige a criação de estratégias e materiais que atendam às necessidades específicas de cada contexto, identificadas a partir da avaliação e reflexão sobre as demandas do dia a dia (SALBEGO *et al.*, 2022).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de caráter metodológico, cujo objetivo é o desenvolvimento de uma tecnologia Leve-Dura em saúde. Essa tecnologia será utilizada como ferramenta metodológica para a criação de um material educativo, no formato de infográfico, voltado para a promoção da saúde mediante uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

A (RIL) é uma abordagem de pesquisa que se baseia em uma análise abrangente da bibliografia existente. Esse método possibilita a discussão de diferentes métodos e resultados de estudos anteriores, além de incentivar reflexões sobre futuras pesquisas. A RIL permite uma exploração aprofundada de um determinado fenômeno a partir de estudos já realizados, reunindo diferentes projetos dentro da mesma temática. Dessa forma, os pesquisadores conseguem obter uma visão ampla e estruturada do assunto, tornando o conhecimento mais acessível e de fácil compreensão para os leitores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

Por ser um estudo de revisão abrangente, este método permite a inclusão simultânea de pesquisas experimentais, ampliando a compreensão do tema abordado. Além disso, integra dados tanto da literatura teórica quanto da empírica, oferecendo ao pesquisador a oportunidade de aprofundar e complementar seus estudos para diferentes finalidades. Dessa forma, contribui para a construção de uma base sólida de conceitos, teorias e aspectos complexos relacionados ao tema (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

Para que uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) seja relevante e bem estruturada, é essencial que suas etapas sejam claramente descritas e organizadas para sua construção. O processo é composto por seis fases principais: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

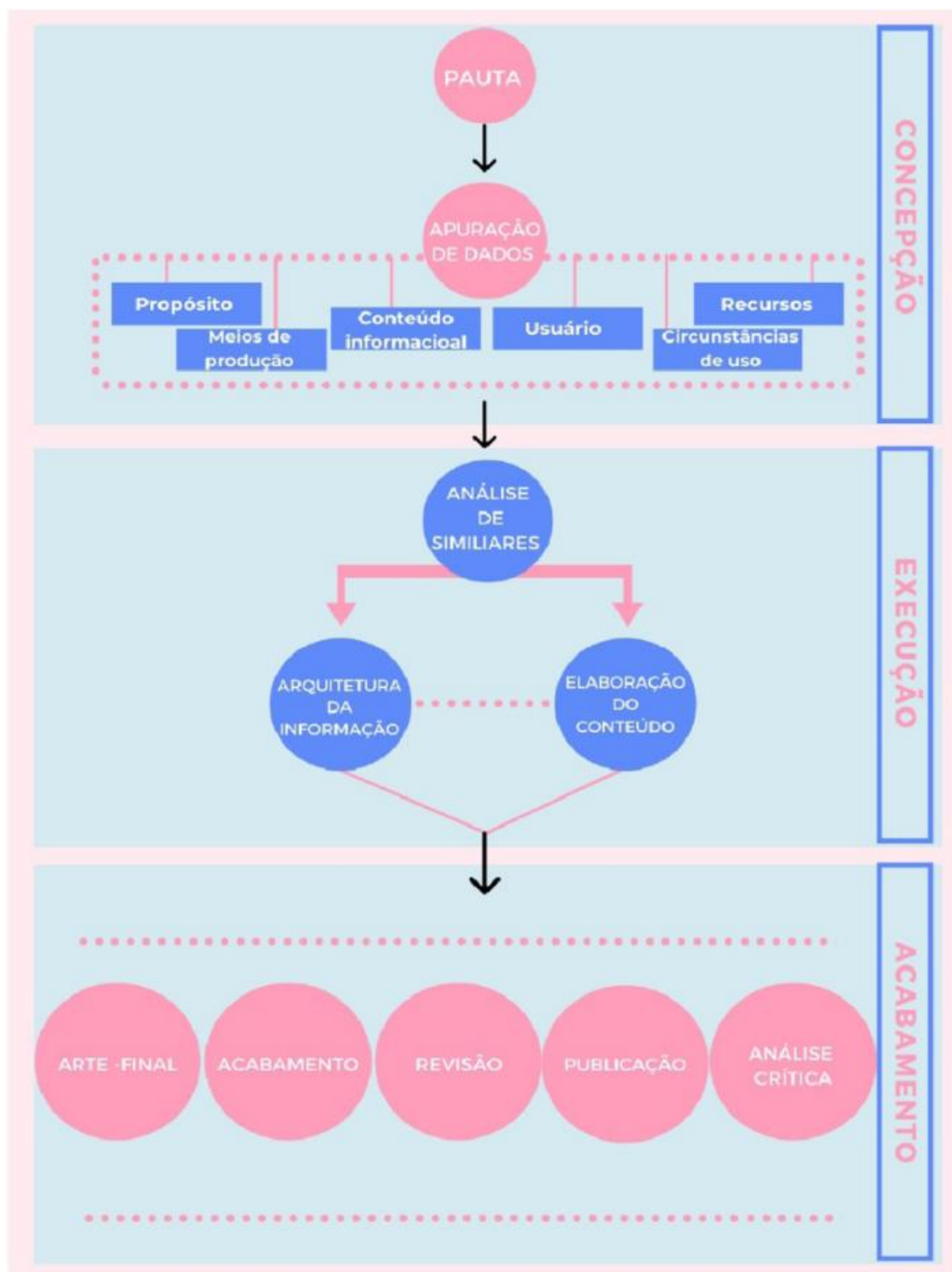
Por sua vez, os estudos metodológicos têm como objetivo desenvolver novos instrumentos e ferramentas, utilizando diferentes tecnologias – leves, duras ou híbridas – para a criação de protocolos assistenciais. Além disso, esses estudos possibilitam a tradução, validação e adaptação de instrumentos já existentes para distintos contextos (COSTA *et al.*, 2018). Conforme apontado por outros autores, o foco principal dessas pesquisas está na criação e aprimoramento de abordagens e ferramentas que contribuam para a prática clínica e

a assistência à saúde, permitindo a incorporação de materiais educativos nas estratégias de educação em saúde e promovendo a autonomia dos indivíduos.

Os materiais educativos desempenham um papel fundamental como tecnologia de cuidado, ampliando as intervenções em saúde e facilitando o trabalho da equipe assistencial, especialmente da equipe de enfermagem. Além de apresentar os conteúdos de forma lúdica, esses recursos promovem o empoderamento dos indivíduos na adoção de práticas saudáveis. Como ferramentas indispensáveis na construção de uma assistência de qualidade, podem ser consultados sempre que necessário, fornecendo suporte contínuo e informações essenciais para a promoção da saúde (LEMOS; VERÍSSIMO, 2018).

4.2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO INFOGRÁFICOS

Figura 1 – Fluxograma das etapas para construção do infográfico.



Fonte: Carvalho; Aragão, 2012.

4.2.1 PRIMEIRA ETAPA: PLANEJAMENTO DO MATERIAL EDUCATIVO

Composta por quatro passos: revisão integrativa da literatura; definição do público-alvo; definição dos objetivos de aprendizagem; escolha do conteúdo para o infográfico educativo.

4.2.1.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

A partir de uma revisão integrativa da literatura, foi desenvolvida uma tecnologia, fundamentado em um referencial teórico parcialmente específico, construindo um infográfico para às mães e à equipe de enfermagem.

Para a revisão integrativa, foi realizada uma busca na literatura de artigos publicados de 2020 a 2025. A busca foi realizada de agosto a setembro de 2025.

4.2.1.1.1 ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

A elaboração da pergunta da revisão seguiu a estratégia PVO (Quadro 01), em que P (participantes) refere-se às características da população do estudo, V (variáveis) usado como filtro ou identificados como categorias na construção da estratégia de pesquisa, e o *outcomes* (desfechos) representa o indicador da modificação ou variação das condições dos participantes em relação às variáveis definidas (SILVA; OTTA, 2014).

Seguindo a estratégia PVO surgiu a seguinte questão norteadora: Quais as estratégias/ações para a prevenção e identificação da violência obstétrica pelas gestantes?

QUADRO 1- ELABORAÇÃO DA PERGUNTA NORTEADORA

ITENS DA ESTRATÉGIA	COMPONENTES
<i>Population</i>	Mulheres
<i>Variable</i>	Infográfico facilita a compreensão e a comunicação.
<i>Outcomes</i>	Conscientizar gestantes e sensibilizar profissionais para práticas humanizadas

Fonte: Elaborado pela autora, 2025.

4.2.1.1.2 PERÍODO DA COLETA

A busca por estudos bibliográficos na literatura em base de Dados ocorreu no semestre 2025.2, durante o período de agosto a setembro, após a apresentação e qualificação do presente projeto de pesquisa a partir da avaliação da banca examinadora do curso de Enfermagem do Centro Universitário Vale do Salgado (UniVS). A busca dos estudos deu-se através das bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE®), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), utilizando-se os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading* (MeSH). Entre os descritores para a busca dos artigos foi aplicado o operador booleano “AND” para combinação dos descritores.

QUADRO 2 - Estratégia de busca nas bases de dados

Base de dados	Descritores/MeSH	
LILACS (BVS)	Violência obstétrica; Cuidado pré-natal; Parto humanizado	("Obstetric Violence") AND ("Prenatal Care") AND ("Humanized Birth")
MEDLINE / PubMed	Obstetric Violence; Prenatal Care; Humanized Birth	("Obstetric Violence") AND ("Prenatal Care") AND ("Humanized Birth")
BDENF	Violência obstétrica; Cuidado pré-natal; Parto humanizado	("violência obstétrica") AND ("cuidado pré-natal") AND ("parto humanizado")

4.2.1.1.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram considerados critérios de inclusão os artigos que: respondessem à questão norteadora, estivessem disponíveis na íntegra para download, fossem indexados nas bases de dados selecionadas, correspondessem a estudos primários e pudessem ser publicados em qualquer idioma, recorte temporal: ano de 2020 a 2025. Foram excluídos os estudos duplicados, revisões da literatura e aqueles repetidos entre diferentes bases. Para minimizar o

risco de vieses de seleção, esta etapa foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, mediante dupla checagem.

4.2.1.1.4 EXTRAÇÃO DE DADOS

O instrumento utilizado para a extração foi adaptado e validado por URSI (2005) para coleta de dados. Paralelamente, realizou-se a leitura minuciosa dos títulos e resumos dos artigos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Os dados extraídos para análise incluíram: título do artigo, autores, ano de publicação, idioma, periódico, país de realização, objetivo geral, delineamento do estudo e resultados (ANEXO A).

Para o dimensionamento dos estudos quanto a categorização dos níveis de evidência dos artigos que compõem a amostra final, foram classificados em sete níveis: Nível 1: revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados relevantes; Nível 2: evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; Nível 3: evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; Nível 4: evidências provenientes de estudos de coorte ou caso-controle bem delineados; Nível 5: revisão sistemática do tipo descritiva e/ou qualitativa; Nível 6: evidências de estudos descritivos ou qualitativos; Nível 7: evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011) (ANEXO B).

4.2.1.1.5 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO

Esta fase consistiu na análise detalhada dos resultados de cada estudo selecionado. Cada artigo foi inicialmente separado por base de dados e, em seguida, agrupado conforme similaridade temática. A experiência clínica do pesquisador foi fundamental para o refinamento dos dados analisados, bem como para definir sua aplicabilidade na prática clínica (URSI, 2005).

4.2.1.1.6 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a categorização e agrupamento dos resultados, foi possível estabelecer correlações com a literatura atual, permitindo comparações entre os dados apresentados nos artigos. Essa análise também possibilitou identificar lacunas de conhecimento sobre a temática e delimitar prioridades para futuros estudos, além de avaliar as conclusões, inferências e potenciais vieses dos trabalhos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

4.2.1.1.7 SÍNTESE DO CONHECIMENTO E APRESENTAÇÃO DA REVISÃO

Após a síntese dos resultados em tabelas, contendo informações detalhadas e relevantes dos estudos incluídos, realizou-se a avaliação crítica dos achados. É fundamental garantir a fidelidade das etapas do processo, assegurando o rigor metodológico do estudo. Destaca-se que os discernimentos e conclusões serão diretamente fundamentados nas fontes primárias, evitando conclusões prematuras ou a exclusão de aspectos pertinentes à discussão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2019).

4.3 ETAPA 2 – DESENVOLVIMENTO DOS INFOGRÁFICOS

Após a realização da revisão integrativa da literatura, que orientou o levantamento do conteúdo para o infográfico animado, será acordado uma limitação na quantidade de estudos disponíveis durante a seleção das pesquisas. Para contornar essa lacuna e fortalecer o conteúdo proposto, serão incorporados estudos que orientam a prática clínica dos profissionais de enfermagem, além de Diretrizes e protocolos de abrangência nacional (CATHERINE WINDER; ZAHRA DOWLATABADI, 2011).

Conforme a elaboração da animação seguinte à metodologia ela que propõe um processo estruturado de produção dividido em etapas. Nesse modelo, o desenvolvimento do conteúdo está interligado aos estágios de montagem do infográfico, garantindo maior coesão e alta qualidade ao produto final (CATHERINE WINDER; ZAHRA DOWLATABADI, 2011).

4.3.1 FASE DE PRÉ-PRODUÇÃO

A fase de pré-produção é o alicerce da animação. Nela, iremos definir a narrativa através do roteiro, estabelecemos a identidade visual com a direção de arte e criamos um plano detalhado da sequência de cenas com o storyboard e o animatic. As gravações de voz dão vida aos personagens, e a escolha do software adequado otimiza o processo de produção. Essa etapa permite visualizar o projeto como um todo, identificar possíveis problemas e realizar ajustes antes da produção final, garantindo um resultado coeso e de alta qualidade (CARDOSO *et al.*, 2020).

a) Roteiro

De acordo com CARDOSO *et al.*, (2020), o roteiro é um documento essencial para a produção da animação, funcionando como um guia visual que transforma o texto escrito em

uma sequência de imagens. Ele organiza o conteúdo de forma coesa e detalhada, definindo as ações, diálogos, ângulos de câmera e outros elementos visuais de cada cena. O roteiro garante a consistência da narrativa e facilita a comunicação entre os membros da equipe, otimizando o processo de produção.

Conforme GAMA (2016), o roteiro é fundamental para planejar a produção. A partir da roteirização, serão criadas narrativas e elementos que incluirão diálogos e orientações, tornando a produção executável. Essa etapa também contemplará o registro da propriedade intelectual de personagens, marcas e códigos computacionais.

Após a roteirização e a definição do tema, será possível identificar os elementos fundamentais para a sequência da obra. Essa etapa será crucial para estruturar a história de forma sequencial. A construção do roteiro se baseará em uma revisão integrativa da literatura sobre o tema Promoção da Saúde das Mulheres Vítimas de Violência Obstétrica, utilizando bases de dados e analisando estudos publicados.

b) Quadro de Histórias (Storyboard)

CARDOSO *et al.*, (2020) definam que o storyboard é um documento visual que representa a sequência de cenas da animação. Ele consiste em uma série de quadros desenhados que mostram a composição da imagem, a movimentação dos personagens e a progressão da narrativa. O storyboard permite avaliar a eficácia da história, a dinâmica das cenas e a estética visual da animação, possibilitando a identificação de problemas e a realização de ajustes antes do início da produção final.

Segundo WINDER e DOWLATABADI (2011), o storyboard transformará as palavras do roteiro em imagens. Nesse processo, será utilizado um painel semântico que conterá as principais ideias do autor do projeto, permitindo uma visualização mais clara e coesa do produto.

c) Direção de Arte

A direção de arte, segundo WINDER e DOWLATABADI (2011), será a etapa em que se solidificará a idealização visual do projeto. Serão definidos os personagens, estilos e cenários, garantindo uma coesão estética da animação.

Durante essa etapa, serão planejados e decididos aspectos que atenderão às características do infográfico animado, como seleção de núcleos, imagens e a criação de um painel semântico dividido em segmentos. Os dados oriundos da revisão integrativa da literatura serão utilizados para compor o conteúdo do material.

Ainda segundo WINDER e DOWLATABADI (2011), o painel semântico é uma ferramenta essencial para a criação visual da animação. Ele permite organizar as ideias e estabelecer uma relação entre a teoria da cor e a prática artística. A escolha de paletas de cores harmônicas, baseada no painel semântico, define a caracterização dos personagens, incluindo roupas, maquiagem e efeitos visuais. Essa ferramenta visual serve como um modelo preliminar, facilitando a criação de esboços e a tomada de decisões estéticas durante o processo de produção.

4.3.2 SEGUNDA ETAPA: PRODUÇÃO

A produção da animação, conforme GAMA (2016) é uma continuação da pré-produção. Nessa etapa, a sequência de desenhos é criada e renderizada, seguindo os elementos definidos anteriormente.

Para WINDER e DOWLATABADI (2011), nesta fase, a equipe de produção, liderada pelo produtor, assume a responsabilidade de integrar todas as etapas anteriores do processo criativo, desde a concepção inicial até o desenvolvimento do storyboard e do painel semântico. A expertise do produtor em gestão de projetos e a criatividade da equipe garantem que todas as peças se encaixem perfeitamente, dando início à produção final do infográfico animado. A produção definitiva do infográfico animado também ocorrerá neste estágio.

4.3.3 – TERCEIRA ETAPA: PÓS-PRODUÇÃO

A pós-produção é a fase em que a animação é finalizada e aprimorada. Nessa etapa, as imagens são agrupadas e sincronizadas com a trilha sonora, incluindo efeitos sonoros e música. A frequência de quadros é ajustada para garantir a fluidez da animação e a resolução de tela é adaptada de acordo com as plataformas de divulgação. Além disso, são realizadas análises de testes com o público-alvo para identificar possíveis ajustes e garantir a qualidade final do produto (WINDER; DOWLATABADI, 2011).

4.3.4. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS E CONTEÚDOS EDUCACIONAIS

Os resultados da revisão integrativa identificaram problemas e dificuldades enfrentados por mulheres gestantes e puérperas, que servirão como ponto de partida para

definir os objetivos educacionais dos infográficos. Serão definidos sete objetivos que orientarão os conteúdos educacionais, todos alinhados aos resultados da revisão da literatura.

4.3.5 COLETA DE DADOS DISPONÍVEIS

O embasamento teórico dos infográficos foi construído a partir de uma revisão mais aprofundada da literatura científica, com foco em manuais do Ministério da Saúde, livros e artigos indexados em bases de dados reconhecidas. A seleção do material teórico será criteriosa, buscando evidências científicas sólidas e atualizadas que abordem os problemas e dificuldades identificados na revisão integrativa. Além disso, será dada prioridade a materiais que estejam em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a relevância e a aplicabilidade das informações para a realidade brasileira.

4.3.6 ESTRUTURAÇÃO DOS DADOS E PREPARAÇÃO DA VERSÃO FINAL

Nesta fase, serão definidos os critérios de layout, diagramação, cronologia de elaboração, conteúdos em linguagem adequada ao público-alvo e imagens. Com a definição dos objetivos, conteúdos educacionais, embasamento teórico, layout, diagramação, fontes e imagens, os infográficos serão finalizados. Assim, esta etapa de criação da tecnologia educacional infográfico será o resultado da etapa 1, revisão integrativa, bem como das fases anteriores da etapa-2.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

A produção da tecnologia foi desenvolvida utilizando a plataforma virtual de design gráfico CANVA, na modalidade paga, acessível online por meio do Google. O CANVA, criado na Austrália, oferece um amplo banco de imagens e recursos para a criação de materiais digitais personalizáveis, como livros, jornais e infográficos animados. Disponível em versões gratuitas e pagas, sua interface intuitiva permite a criação de diversos conteúdos, incluindo capas para redes sociais e designs interativos (Instituto Federal de Rondônia, 2023).

A plataforma oferece funcionalidades amplas para personalização, bastando que o usuário combine criatividade com os recursos disponíveis, como imagens e textos, ou utilize templates em branco para criar novos designs. Para acessá-la, será necessário entrar no

endereço eletrônico (https://www.canva.com/pt_br/) e escolher uma das opções de login: Google, e-mail pessoal ou Facebook. Neste estudo, o acesso será realizado via e-mail pessoal.

Foi selecionado um template em branco e, a partir da tela inicial, o conteúdo foi organizado com desenhos, núcleos, músicas e outros recursos essenciais para a construção do infográfico animado. O texto será adaptado com base nos estudos selecionados, e os efeitos visuais animados serão aplicados por meio da funcionalidade "animar", iniciando o processo de criação do vídeo animado (animação + desenho).

5 RESULTADOS

5.1 RESULTADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Após a identificação inicial de 154 registros nas bases de dados, foram eliminados 132 artigos em uma triagem preliminar, considerando apenas aqueles que respondessem à pergunta norteadora, fossem artigos de pesquisa e estivessem disponíveis na íntegra. Dessa forma, 22 artigos foram selecionados para leitura de títulos e resumos, passando pela aplicação dos critérios de exclusão, resultando na inclusão de 08 estudos.

QUADRO 3 – Síntese da caracterização dos estudos, Icó, Ceará, Brasil, 2025.

Nº	Título do artigo	Ano de publicação	Idioma, periódico	Objetivo	Delineamento do estudo	Resultados	Nível de Evidencia
01	La violencia obstétrica y el modelo obstétrico actual, en la percepción de los gestores de salud.	2020	Espanhol	Compreender a percepção dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica e as medidas para o seu enfrentamento visando à garantia da qualidade da assistência.	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa.	A pesquisa apontou o não acolhimento, princípios tecnocráticos do parto, impedimento do acompanhante, desrespeito às práticas humanizadas centradas na fisiologia e na escolha da mulher, necessidade da formação em saúde como norteador da política de humanização e da gestão das unidades de saúde, despreparo profissional para atuação e falta de envolvimento de profissionais com mais tempo de serviço para modificar práticas no cuidado obstétrico. Assim, ficou evidente a necessidade de romper com a violência obstétrica que está em nível estrutural/institucional a fim de garantir um cuidado de qualidade à mulher.	Nível 5

02	Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem	2020	Português	Compreender o significado da violência obstétrica para mulheres.	Estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica.	Construíram-se as Unidades de Significação a partir das falas das depoentes, sendo, assim, agrupadas. Revela-se que a violência obstétrica significou para as mulheres << Unidade de Significado 1 Ser conhecida por ouvir falar em cursos, palestras, internet, em relatos de pessoas amigas e sofrida por ela mesma; << Unidade de Significado 2 Machucar o físico, o psicológico e exercer uma pressão; << Unidade de Significado 3 Sentir-se incomodada, sem ter ajuda, sentir-se machucada no parto e não ter atenção.	Nível 5
03	Los significados de la violencia obstétrica en la proceso de parto y nacimiento.	2023	Espanhol	Analisar os valores expressos pelos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica no processo de parto e nascimento.	Estudo fenomenológico.	Alguns profissionais desconheciam ou não reconheciam a violência obstétrica, e foi expressa uma contravalorização da formação em saúde. O valor científico apontava para a possibilidade de redefinir o cuidado obstétrico como um valor ético e vital nas práticas de proteção contra atos de violência	Nível 5
04	Vivências sobre violência:	2022	Inglês e	O presente estudo	Pesquisa exploratória	A análise dos dados resultou em	Nível 5

	Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto.		Português	objetivou compreender o papel dos enfermeiros na prevenção da violência obstétrica no parto.	e descritiva, com abordagem qualitativa.	categorias que possibilitaram discutir o enfrentamento da violência, os papéis profissionais e as ferramentas que possibilitam a execução de boas práticas no parto.	
05	Experiência de mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital.	2020	Português	Descrever as experiências vivenciadas por mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital.	Pesquisa qualitativa.	Emergiram cinco categorias temáticas: Fatores motivadores à escolha pelo parto domiciliar planejado; Experiências positivas sobre o cuidado intraparto em ambiente domiciliar; Indicações da transferência hospitalar; Sentimentos vivenciados durante e após transferência hospitalar; Violência obstétrica durante a internação hospitalar.	Nível 5
06	Violência obstétrica: experiência da equipe multidisciplinar em saúde.	2021	Português	Descrever a compreensão, a experiência e as proposições da equipe multidisciplinar em saúde em relação à violência obstétrica.	Estudo qualitativo, descritivo.	Emergiram a partir das falas transcritas as categorias 1 Desconhecimento da violência obstétrica; 2 - Relato sobre violência obstétrica; 3 - Práticas de violência obstétrica; 4 - Necessidade de capacitações sobre violência obstétrica; 5 - Necessidade da inserção de enfermeiras obstetras; 6 Necessidade de reestruturação física e	Nível 5

						inserção de quarto para Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP).	
07	Racismo obstétrico sofrido por mulheres negras no pré-natal e parto: um estudo qualitativo.	2025	Inglês e Português.	Descrever o racismo obstétrico sofrido por mulheres negras a partir de suas percepções e vivências na assistência pré-natal e ao parto.	Estudo descritivo, qualitativo.	As participantes sofreram violência, maus-tratos, negligência, discriminação racial e preconceito durante o pré-natal e o parto, gerando experiências negativas com o atendimento em serviços públicos e privados. As mulheres negras adotaram estratégias diante do racismo obstétrico: procurar maternidades diferentes das unidades de referência, trocar de profissional de saúde e/ou serviço de plano de saúde privado e contratar profissionais para o parto.	Nível 5
08	Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo	2022	Inglês e Português.	Identificar a prática da violência obstétrica vivenciada no processo da parturição.	Pesquisa de campo, exploratória-descritiva com abordagem quantitativa.	Observou-se que 52,9% realizaram cesariana e 5,1% relataram que os gritos e críticas, por parte dos profissionais de saúde, ocorreram de forma intensa. Acerca dos atos de violência obstétrica, constatou-se a ocorrência da manobra de kristeller (24,2%), toques vaginais frequentes (41,4%), realizados por vários profissionais (31,8%) e a não	Nível 5

						permissão da ingestão de alimentos ou bebidas durante o trabalho de parto (26,8%).	
--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

QUADRO 4 – Síntese sobre violência obstétrica.

Estudo	Categoria	Achados/Exemplos
PAULA <i>et al.</i> , 2020.	Violação de autonomia	Perda da autonomia e a incapacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade.
OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020.	Física e verbal.	Manobra de Kristeller sem necessidade, pressão psicológica, comentários ofensivos.
RODRIGUES <i>et al.</i> , 2023.	Física, verbal e psicológica.	Procedimentos sem necessidades, comentários humilhantes, pressão psicológica.
NASCIMENTO <i>et al.</i> , 2022.	Física, verbal e negligência.	Episiotomia sem indicação, manobra de Kristeller, não ser bem acolhida e não ter seus direitos preservados.
PEREIRA <i>et al.</i> , 2020.	Verbal.	Comentários depreciativos, humilhação durante o parto.
ORSO <i>et al.</i> , 2021.	Física, verbal e autônoma.	Episiotomia sem indicação, manobra de Kristeller, amarração das pernas, falas de forma grosseira, rude e laqueadura sem consentimento.
GUIMARÃES <i>et al.</i> , 2025.	Física, negligência, verbal.	Episiotomia sem pedir permissão, falta de informações durante o atendimento, comentários racistas e humilhações no atendimento.
COSTA <i>et al.</i> , 2022.	Violação de autonomia, verbal.	Suas escolhas não foram respeitadas, piadas e humilhações durante o parto.

5.2 ANÁLISES DOS ESTUDOS

O artigo de PAULA *et al.*, (2020) fala sobre a perda da autonomia feminina e a incapacidade de decidir livremente sobre o próprio corpo e sexualidade, evidenciando como

essas limitações refletem desigualdades de gênero e impactam diretamente a vivência da mulher no contexto da saúde reprodutiva.

Já o artigo de OLIVEIRA, ELIAS E OLIVEIRA (2020) aborda situações de violência obstétrica, destacando a realização da manobra de Kristeller sem necessidade, a pressão psicológica e comentários ofensivos sofridos pelas parturientes, demonstrando a falta de respeito e empatia no atendimento ao parto.

O estudo de RODRIGUES *et al.*, (2023) discute a prática de procedimentos desnecessários, comentários humilhantes e pressão psicológica durante o parto, apontando para a banalização de condutas que violam os direitos e a dignidade das mulheres.

De acordo com NASCIMENTO *et al.*, (2022), muitas mulheres relataram a realização de episiotomia e manobra de Kristeller sem indicação médica, além de falta de acolhimento e desrespeito aos direitos durante o parto, evidenciando falhas graves na assistência obstétrica.

O artigo de PEREIRA *et al.*, (2020) revela a ocorrência de comentários depreciativos e humilhações durante o trabalho de parto, ressaltando como essas atitudes afetam emocionalmente as mulheres e configuram uma forma de violência verbal e psicológica no ambiente hospitalar.

Para ORSO *et al.*, (2021), foram identificadas práticas abusivas como episiotomia sem indicação, manobra de Kristeller, amarração das pernas, falas grosseiras e até laqueadura sem consentimento, configurando violações éticas e de direitos humanos no atendimento obstétrico.

O artigo de GUIMARÃES *et al.*, (2025) destaca a realização de episiotomia sem permissão, omissão de informações durante o atendimento, além de comentários racistas e atitudes humilhantes, reforçando a necessidade urgente de humanização e equidade racial no cuidado à mulher.

Por fim, COSTA *et al.*, (2022) abordam situações em que as escolhas das parturientes não foram respeitadas, relatando piadas e humilhações durante o parto, o que demonstra a persistência de comportamentos discriminatórios e a falta de empatia na assistência obstétrica.

5.3 DESIGN E DESENVOLVIMENTO DO INFOGRÁFICO

**Parir Com Respeito: Infográfico Educativo
na Identificação da Violência Obstétrica.**



**Centro Universitário Vale do Salgado - UniVS
Icó-CE
2025**

SUMÁRIO

Conceito e Reconhecimento da Violência Obstétrica	03
Formas de Violência Obstétrica	04
Direitos das Gestantes e Humanização	08
Papel da Enfermagem e Ética	09
Papel do Infográfico Educativo	10
Referências	11

Conceito e Reconhecimento da Violência Obstétrica



• A violência obstétrica é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher, expressa por condutas abusivas e desumanizadas (Paula et al., 2020).



• Caracteriza-se pelo desrespeito, imposição de procedimentos e negação de autonomia (Orso et al., 2021).



• O desconhecimento sobre o tema contribui para a naturalização dessas práticas (Guimarães et al., 2025).

Formas de Violência Obstétrica

1. Violação de Autonomia e Direitos.

Esta categoria envolve a negação do direito da mulher de tomar decisões sobre seu próprio corpo, refletindo estruturas hierárquicas (Orso et al., 2021).

- Perda da autonomia e incapacidade de decidir livremente sobre o próprio corpo e sexualidade (Paula et al., 2020).
- Escolhas não respeitadas (Costa et al., 2022).
- Laqueadura sem consentimento (Orso et al., 2021).
- Falta de acolhimento e desrespeito aos direitos (Nascimento et al., 2022).



Formas de Violência Obstétrica

2. Violência Física e Procedimentos Invasivos.

Envolve a realização de procedimentos desnecessários, dolorosos ou sem o consentimento da mulher.

- Procedimentos sem necessidade (Rodrigues et al., 2023).
- Manobra de Kristeller sem necessidade (Oliveira; Elias; Oliveira, 2020; Nascimento et al., 2022; Orso et al., 2021).
- Episiotomia sem indicação ou sem pedir permissão (Nascimento et al., 2022; Orso et al., 2021; Guimarães et al., 2025).
- Amarração das pernas (Orso et al., 2021).



Formas de Violência Obstétrica

3. Violência Verbal e Psicológica.

Relaciona-se a práticas de intimidação, humilhação e pressão psicológica.

- Comentários depreciativos e humilhações durante o parto (Pereira et al., 2020).
- Comentários ofensivos (Oliveira; Elias; Oliveira, 2020).
- Comentários racistas e atitudes humilhantes (Guimarães et al., 2025).
- Piadas e humilhações (Costa et al., 2022).
- Falas de forma grosseira ou rude (Orso et al., 2021).
- Pressão psicológica (Oliveira; Elias; Oliveira, 2020; Rodrigues et al., 2023).



Formas de Violência Obstétrica

4. Violência Institucional e Negligência.

Caracteriza-se pela falha do sistema de saúde em prover o cuidado adequado e garantir os direitos da mulher (Guimarães et al., 2025).

- Falta de informações durante o atendimento (Guimarães et al., 2025).
- Negligência, demora no atendimento e desrespeito às escolhas das gestantes (Guimarães et al., 2025).
- Não acolhimento (Nascimento et al., 2022).



Direitos das Gestantes e Humanização

Os direitos da gestante estão intrinsecamente ligados à sua autonomia e ao seu papel ativo nas decisões sobre o processo de nascimento.

- **Direito à Autonomia:** A violência obstétrica é definida, em grande parte, pela violação do direito da mulher de decidir sobre seu próprio corpo e sobre os procedimentos (PAULA et al., 2020). O oposto disso é garantir sua plena autonomia.
- **Liberdade de Escolha:** A assistência humanizada deve respeitar as escolhas e a dignidade da mulher (SANTOS et al., 2021). Isso inclui o direito de ser informada de forma clara e de consentir ou recusar procedimentos.
- **Presença do Acompanhante:** A presença de um acompanhante é um direito fundamental, essencial para o apoio emocional e físico da parturiente (NASCIMENTO et al., 2022).
- **Comunicação e Informação:** O direito à informação é crucial. A gestante deve ser plenamente informada sobre sua condição, os procedimentos a serem realizados e os possíveis riscos e benefícios (GUIMARÃES et al., 2025).

A humanização no parto é o principal caminho para assegurar uma experiência positiva e respeitosa, combatendo práticas abusivas e centralizando a mulher no cuidado.

- **Contraponto à Violência:** O respeito à autonomia e a humanização do cuidado são vistos como essenciais para minimizar a ocorrência de violência obstétrica (GUIMARÃES et al., 2025).



Papel da Enfermagem e Ética

- A enfermagem tem papel essencial na prevenção e enfrentamento da violência obstétrica (Orso et al., 2021).
- O cuidado humanizado deve garantir respeito, empatia e acolhimento à gestante (Orso et al., 2021).
- O vínculo profissional-paciente reduz práticas abusivas e fortalece a autonomia da mulher (Oliveira; Elias; Oliveira, 2020).
- Comunicação clara e consentimento informado são deveres éticos do enfermeiro (Oliveira; Elias; Oliveira, 2020).
- O silêncio ou omissão diante da violência é forma de conivência e fere princípios éticos (Guimarães et al., 2025).
- O enfermeiro deve atuar criticamente e denunciar condutas desumanizadas (Guimarães et al., 2025).
- A prática ética envolve responsabilidade social, empatia e justiça no cuidado (Orso et al., 2021).



Papel do Infográfico Educativo

- O infográfico é um instrumento de educação em saúde, criado para informar e conscientizar gestantes e profissionais sobre a violência obstétrica (Paula et al., 2020).
- Ele traduz informações complexas em conteúdo visual e acessível, facilitando a identificação de práticas abusivas e fortalecendo o protagonismo feminino (Nascimento et al., 2022).
- Funciona como uma ferramenta de empoderamento, pois auxilia as mulheres a reconhecerem seus direitos e exigirem um parto respeitoso (Paula et al., 2020).
- Também tem papel formativo junto aos profissionais de saúde, estimulando a reflexão ética e humanizada sobre suas práticas (Orso et al., 2021).
- Pode ser utilizado em unidades básicas de saúde, maternidades, escolas e universidades, promovendo a educação permanente e o fortalecimento das políticas públicas de humanização do parto (Nascimento et al., 2022).



Referências

- COSTA, L. D. et al.,** Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo. *Rev. Enferm. UFPE*, 2022.
- GUIMARÃES, J. C. N. et al.,** Racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto: um estudo qualitativo. *Rev. Gaúcha. Enferm.* 46, 2025.
- NASCIMENTO, D. E. M. et al.,** Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto. *Nursing (Ed. Bras., Impr)*, 2022.
- OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA,** Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem. *Rev. Enferm. UFPE*, 14. 2020.
- ORSO, L. F. et al.,** Violência obstétrica: experiência da equipe de multidisciplinar em saúde. *Rev. Enferm. UFPE*, 15. 2021.
- PAULA, E. e al.,** La violencia obstétrica y el modelo obstétrico actual, en la percepción de los gestores de salud. *Texto & contexto enferm*, 29. 2020.
- PEREIRA, M. F. R.** Experiência de mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital. *Rev Rene*, 21. 2020.
- RODRIGUES, D. P. et al.,** Los significados de la violencia obstétrica en la proceso de parto y nacimiento. *Rev. Cuba. Enferm*, 2023.



ORIENTADOR

Prof. Me. Joab Gomes da Silva Sousa
joabsousa@univs.edu.br

ORIENTANDA

Olívia Grazielly Teixeira Lima
oliviagrazielli15@gmail.com

Centro Universitário Vale do Salgado - UniVS
Icó-CE
2025

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A violência obstétrica é reconhecida como uma forma específica de violência de gênero, caracterizada pela apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, que se manifesta por meio de práticas desumanizadas, abuso de poder e negação de autonomia (PAULA *et al.*, 2020). Essa forma de violência é, muitas vezes, invisibilizada dentro das instituições de saúde, justamente porque se encontra naturalizada no cotidiano do cuidado obstétrico. Conforme ORSO *et al.* (2021), a violência obstétrica representa a negação do direito da mulher de decidir livremente sobre seu corpo, refletindo estruturas patriarcais e hierárquicas presentes nas relações profissionais-pacientes.

As formas mais recorrentes de violência obstétrica incluem a verbal, manifestada por comentários ofensivos e humilhações (PEREIRA *et al.*, 2020); a física, por meio de manobras dolorosas e não indicadas, como a manobra de Kristeller ou episiotomia sem necessidade (OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, 2020; NASCIMENTO *et al.*, 2022); a psicológica, pela pressão e pelo medo impostos às mulheres; e a institucional, evidenciada na negligência, na demora no atendimento e no desrespeito às escolhas das gestantes (GUIMARÃES *et al.*, 2025). Segundo COSTA *et al.* (2022), essas práticas ainda são banalizadas nos serviços de saúde, mascaradas como condutas rotineiras.

A diferença entre uma intervenção necessária e uma prática abusiva está no consentimento informado, na indicação clínica comprovada e na respeitosa comunicação entre profissional e paciente (ORSO *et al.*, 2021). Procedimentos como episiotomia, administração de ocitocina ou ruptura artificial de membranas devem ocorrer apenas quando há real necessidade clínica e com autorização da gestante. Conforme NASCIMENTO *et al.*, (2022), quando a mulher não é informada, não compreende a finalidade do procedimento ou é coagida a aceitá-lo, há caracterização de violência obstétrica.

O desconhecimento das mulheres e dos próprios profissionais acerca do conceito de violência obstétrica contribui para a naturalização e perpetuação dessas práticas. ORSO *et al.*, (2021) evidenciam que muitos profissionais ainda desconhecem o termo e suas implicações éticas, o que dificulta o reconhecimento e a denúncia. De modo semelhante, GUIMARÃES *et al.*, (2025) apontam que a falta de informação das gestantes as torna vulneráveis, levando-as a aceitar condutas abusivas como parte “normal” do parto. A ausência de debate institucional e de formação humanizada reforça a cultura de submissão e o silêncio diante das violências.

O protagonismo da mulher durante o parto é garantido por diversos direitos assegurados em lei, como o direito ao acompanhante (Lei nº 11.108/2005), ao atendimento humanizado e à escolha informada sobre os procedimentos realizados. De acordo com PAULA *et al.*, (2020), respeitar esses direitos é reconhecer a gestante como sujeito de decisões e não como objeto de intervenção médica. A efetivação desses princípios fortalece o vínculo entre equipe e paciente e promove uma experiência de parto mais positiva.

O respeito à autonomia feminina e ao consentimento informado é o alicerce do conceito de “parir com respeito”. Segundo OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA (2020), a autonomia representa o direito da mulher de decidir sobre o seu corpo e sobre as condutas que envolvem o processo de parto. A ausência de consentimento transforma intervenções médicas em práticas violentas. NASCIMENTO *et al.*, (2022) reforçam que o parto respeitoso é aquele em que a mulher é ouvida, informada e participa ativamente das decisões sobre sua experiência de nascimento.

A Política Nacional de Humanização (PNH) tem papel fundamental na reformulação da assistência obstétrica no Brasil. Ela propõe a valorização do diálogo, do vínculo e da escuta ativa, estimulando a corresponsabilidade entre profissionais e usuárias (RODRIGUES *et al.*, 2023). Para PEREIRA *et al.*, (2020), a PNH busca romper com o modelo autoritário e mecanicista, promovendo a empatia e a ética no cuidado. Contudo, COSTA *et al.*, (2022) observam que sua implementação ainda enfrenta barreiras estruturais, como a falta de capacitação e o déficit de recursos humanos.

O modelo humanizado se contrapõe ao modelo tecnocrático por compreender o parto como um evento natural, centrado na mulher, e não como um procedimento médico padronizado. Enquanto o modelo tecnocrático prioriza a intervenção e o controle, o humanizado valoriza o acolhimento, o conforto e a autonomia (PAULA *et al.*, 2020). Segundo ORSO *et al.*, (2021), o cuidado humanizado exige empatia, respeito à fisiologia do parto e valorização das necessidades emocionais e culturais da mulher. Assim, parir com respeito significa devolver à mulher o protagonismo que lhe foi historicamente negado.

O infográfico é um recurso didático que sintetiza informações complexas em linguagem visual e acessível, favorecendo a compreensão das gestantes e familiares sobre seus direitos e sobre o que caracteriza a violência obstétrica (PAULA *et al.*, 2020). Ao apresentar exemplos de práticas abusivas e orientações sobre denúncia, o material contribui para que a mulher identifique situações de desrespeito e possa agir de forma assertiva.

O infográfico atua como ferramenta de empoderamento feminino, pois permite que as gestantes compreendam melhor o processo de parto e assumam uma postura mais ativa diante das decisões clínicas (NASCIMENTO *et al.*, 2022). Segundo RODRIGUES *et al.*, (2023), materiais educativos de caráter visual estimulam a confiança, reduzem o medo e fortalecem a autonomia das mulheres, incentivando o protagonismo e a corresponsabilidade no cuidado.

O uso de materiais educativos favorece a comunicação entre equipe e pacientes, reduzindo ruídos informacionais e promovendo o entendimento mútuo (ORSO *et al.*, 2021). Além disso, contribui para o desenvolvimento de atitudes mais empáticas e reflexivas entre os profissionais. GUIMARÃES *et al.*, (2025) destacam que a educação em saúde é um instrumento essencial para a transformação das práticas, pois sensibiliza os profissionais e amplia o acesso das mulheres ao conhecimento sobre seus direitos.

O infográfico também pode ser incorporado como recurso pedagógico na formação de profissionais de saúde, auxiliando no processo de ensino-aprendizagem sobre violência obstétrica e parto humanizado. De acordo com OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA (2020), a inclusão de materiais educativos visuais em programas de capacitação permite maior assimilação de conceitos éticos e legais. Para ORSO *et al.*, (2021), essa ferramenta pode contribuir para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidências e orientada pela empatia e pelo respeito.

A equipe de enfermagem desempenha papel essencial na prevenção e identificação da violência obstétrica, uma vez que está em contato direto com a parturiente durante todo o processo de cuidado. ORSO *et al.*, (2021) afirmam que é responsabilidade do enfermeiro garantir uma assistência segura, ética e humanizada, respeitando a autonomia da mulher. A atuação vigilante e crítica são indispensáveis para coibir práticas abusivas e promover o acolhimento.

A comunicação empática é uma ferramenta de humanização que reduz o medo, a insegurança e a resistência das gestantes, fortalecendo o vínculo com a equipe. OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA (2020) destacam que a escuta ativa e o diálogo constante durante o parto promovem confiança e diminuem a probabilidade de condutas autoritárias. RODRIGUES *et al.*, (2023) acrescentam que a empatia e o acolhimento emocional são pilares do cuidado ético e humanizado.

O silêncio diante de práticas violentas representa uma forma de convivência institucional. Segundo GUIMARÃES *et al.*, (2025), a omissão dos profissionais contribui para a perpetuação de um sistema abusivo e desigual. ORSO *et al.*, (2021) enfatizam que a

ética profissional exige posicionamento ativo, denúncia e compromisso com os direitos humanos das mulheres.

Para promover uma cultura de cuidado centrada na mulher, é necessário investir em capacitação profissional, revisão de protocolos assistenciais e gestão participativa (NASCIMENTO *et al.*, 2022). A mudança cultural exige sensibilização e valorização do papel feminino no parto. COSTA *et al.*, (2022) reforçam que o respeito deve estar presente em todas as etapas da assistência, desde o acolhimento até o pós-parto, garantindo que a mulher se sinta protagonista e segura em seu processo de parto.

A violência obstétrica está diretamente relacionada às desigualdades de gênero e poder, sendo um reflexo da cultura patriarcal que historicamente subjuga o corpo feminino (PAULA *et al.*, 2020). Essa estrutura perpetua relações hierárquicas e autoritárias nas quais a mulher é desvalorizada e desumanizada.

As políticas públicas brasileiras, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), visam assegurar um parto humanizado e livre de violência (RODRIGUES *et al.*, 2023). Contudo, PEREIRA *et al.*, (2020) apontam falhas na implementação dessas medidas, principalmente pela falta de fiscalização e desconhecimento dos direitos por parte das gestantes.

Para erradicar a violência obstétrica, é fundamental promover mudanças estruturais que envolvam a educação permanente das equipes, a responsabilização ética dos profissionais e o fortalecimento das políticas de equidade de gênero (ORSO *et al.*, 2021). Além disso, GUIMARÃES *et al.*, (2025) defendem a criação de espaços de escuta e denúncia seguros para as mulheres, garantindo visibilidade às suas experiências.

Os movimentos feministas e a sociedade civil têm papel essencial na luta pelo parto respeitoso e na denúncia da violência obstétrica. De acordo com COSTA *et al.*, (2022), a mobilização social tem sido responsável por trazer o tema à pauta pública, impulsionando mudanças legislativas e institucionais. PAULA *et al.*, (2020) ressaltam que essas iniciativas são fundamentais para romper o silêncio histórico em torno das violências obstétricas e garantir o protagonismo das mulheres no processo de nascer.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como finalidade analisar a violência obstétrica e discutir como o uso do infográfico educativo pode contribuir para sua identificação e enfrentamento, promovendo um cuidado humanizado, ético e centrado na mulher. A partir da revisão integrativa da literatura, observou-se que a violência obstétrica ainda constitui uma realidade preocupante nos serviços de saúde, manifestando-se em formas físicas, psicológicas, verbais e institucionais. As evidências analisadas apontam que práticas como episiotomia sem indicação, manobra de Kristeller, comentários ofensivos, desrespeito à autonomia e negligência no atendimento são condutas que ferem os princípios da dignidade humana e da assistência humanizada.

Constatou-se que a falta de conhecimento das gestantes sobre seus direitos e a ausência de capacitação contínua dos profissionais de saúde contribuem para a perpetuação dessas práticas abusivas. A literatura revisada reforça que a humanização da assistência ao parto depende não apenas da aplicação de protocolos técnicos, mas da transformação cultural nas instituições, pautada na empatia, no diálogo e no respeito à mulher como protagonista do processo de parto. O fortalecimento das políticas públicas, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Rede Cegonha, mostra-se essencial para consolidar modelos assistenciais baseados em evidências e no respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse contexto, o desenvolvimento do infográfico educativo se mostrou uma ferramenta estratégica para a promoção da saúde e da cidadania, permitindo que as gestantes e seus familiares compreendam de forma simples e acessível o que caracteriza a violência obstétrica e como preveni-la. A tecnologia educacional proposta neste trabalho contribui não apenas para a conscientização das mulheres, mas também para a formação de profissionais mais sensíveis, críticos e comprometidos com a ética e a humanização do cuidado.

As perspectivas futuras para a utilização do infográfico incluem sua expansão para diferentes cenários de cuidado, como salas de espera, consultas de pré-natal, grupos educativos e plataformas digitais, ampliando o acesso à informação e fortalecendo a autonomia das gestantes. Estudos posteriores poderão avaliar o impacto do infográfico em longo prazo, verificando sua contribuição para o reconhecimento de práticas abusivas, para a tomada de decisão informada e para a promoção de cuidados obstétricos humanizados. Além disso, sua adoção institucional como ferramenta de acolhimento e orientação em maternidades e unidades de atenção básica, bem como sua utilização em processos

formativos de profissionais de saúde, representa uma possibilidade concreta para fortalecer práticas éticas e seguras.

No entanto, este estudo apresenta limitações, como a escassez de pesquisas que relacionem diretamente o uso de infográficos à temática da violência obstétrica, o que restringe comparações e aprofundamentos teóricos. A revisão integrativa também depende da qualidade metodológica dos estudos incluídos, que, em alguns casos, apresentam diferença conceitual e amostras reduzidas. Ainda assim, os resultados obtidos oferecem contribuições significativas para o avanço do conhecimento e evidenciam o potencial dessa tecnologia educacional na promoção de uma assistência obstétrica ética, segura e verdadeiramente humanizada.

Dessa forma, conclui-se que o enfrentamento da violência obstétrica exige uma abordagem multidimensional que envolva educação em saúde, empoderamento feminino, capacitação profissional e engajamento institucional. O infográfico, como produto deste estudo, representa uma importante contribuição para o campo da enfermagem e da saúde pública, ao promover informação, reflexão e transformação social. Assim, parir com respeito deve ser reconhecido não como um privilégio, mas como um direito fundamental de toda mulher, e garantir esse direito é um compromisso ético e político de toda a sociedade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M; d'OLIVEIRA, A. F. P. L; SCHRAIBER, L. B. **Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(11):2287-2296, nov, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n11/2287-2296/pt>

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico.** São Paulo: Atlas, 2004.

BAGGIO, M. A. *et al.* **Significados e experiências de mulheres que vivenciaram o parto humanizado hospitalar assistido por enfermeira obstétrica.** Revista Baiana de Enfermagem, v. 35, 2021.

BARROS, A. J. S. e LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica.** 2 Ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BETRAN A.P., YEJ., MOLLER A-B, et al. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. **BMJ Global Health** 2021;6:e005671. doi:10.1136/bmjgh-2021-00567. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/6/6/e005671.full.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2024.

BOERMA, T. *et al.* **Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections.** The Lancet, v. 392, n.10155, pp. 1341–1348, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30322584>. Acesso em: 17 set. 2024.

BOERMA, T., *et al.* **Epidemiologia global do uso e disparidades em cesarianas.** The Lancet, v. 392, n.10155, p. 1341- 1348, out.,2018. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)

BRANDÃO, L. Projeto de lei nº 1130, de 2017: **Dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal.** A Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Sala das Sessões, em 7/12/2017. São Paulo. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000196412>. Acesso em: 05 out. 2024.

Brasil, Ministério da Saúde. Recomendação nº 5, de 09 de maio de 2019. **Recomendação ao Ministro da Saúde sobre políticas públicas em relação à violência obstétrica.** Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde,.82 p.: il. – (C. Projetos, Programas e Relatórios) 2004.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS — a Rede Cegonha.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Lei nº 11.108, 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 Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da União. seção 1, Brasília – DF, p. 1-1, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459/2011.** Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 07 out. 2024.

Brito CMC de, Oliveira ACG de A, Costa APC de A. **Violência obstétrica e os direitos da parturiente: o olhar do Poder Judiciário brasileiro.** *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário.* 2020;9(1): 120–140. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/604>

CARVALHO, J.; ARAGÃO, I. Infografia: Conceito e Prática. *InfoDesign – Revista Brasileira de Design da Informação*, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 160-177, 2012.

CARVALHO, M. M. P. C. *et al.*, **Tecnologias de cuidado utilizadas no cuidado obstétrico a partir do conceito de Merhy.** *Revista European Academic Research*, v. 10, 2022.

CEARÁ. Lei nº 11.098, de 23 de março de 2021. **Dispõe sobre a obrigatoriedade de maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres, das redes pública e privada do Município de Fortaleza, de permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente.** 2021.

CEARÁ. Lei nº 18.915, de 12 de julho de 2024. **Dispõe sobre os direitos da gestante e da parturiente no âmbito do estado do Ceará.** ALECE, 2024.

COSTA, L. D. et al., **Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo.** *Rev. Enferm. UFPE*, 2022.

ECHER, I. C. **Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde.** *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.

ENTRINGUER, A. P., et al. Análise de custo-efetividade do parto vaginal e da cesariana eletiva na saúde suplementar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 81, nov/2018. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php/?xml=0034-8910-rsp-52-87872018052000373.xml>. Acesso em: 20 nov. 2024.

Escorel S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

FERREIRA, K. M.; VIANA, L. V. M.; MESQUITA, M. A. S. B. **Humanização do parto normal: uma revisão de literatura**, Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 134-148, ago. / dez. 2014.

FILATRO, ANDREA CRISTINA; BILESKI, SABRINA M. CAIRO. **Produção de conteúdos educacionais**. Saraiva Educação SA, 2015.

FILHO, J. R. **Rezende obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

FILHO, M.B; DOS SANTOS, C. C. **Cirurgias cesáreas: a evolução temporal, tendência epidêmica, propostas e recomendações da OMS, dúvidas e desafios atuais**. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil, Recife, v.18, n.4, p. 851-854, out.- dez., 2018. Doi: <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000400010>.

FIOCRUZ. **Tese faz análise histórica da violência obstétrica no Brasil**. maio, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/tese-faz-analise-historica-da-violencia-obstetrica-no-brasil>. Acesso em: 05 set. 2024.

Fundação Perseu Abramo. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado**. Pesquisa de opinião; 2010. Disponível em: https://apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf. Acesso em: 06/09/2019.

GOHN, M. G. **Movimentos sociais na contemporaneidade**. Revista Brasileira de Educação, v. 16, n. 47, maio/ago. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782011000200005. Acesso em: 07 out. 2024.

GUIMARÃES, J. C. N. et al., **Racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto: um estudo qualitativo**. Rev. Gaúcha Enferm. 46, 2025.

KAPPAUN, A.; COSTA, M. M. M. **A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica**. Revista Paradigma, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020.

KOETTKER, J.G.; BRUGGEMANN, O.M.; DUFLOTH, R.M. **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais**. Revista escola enfermagem - USP, São Paulo, 2013, v.47, n.1, p. 15-21, out. 2013.

LAHAM, R. P. **Violência obstétrica: uma ameaça ao direito da mulher**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://www.unirio.br/ccjp/arquivos/tcc/2018-1-tcc-roberta-pereira-laham>. Acesso em: 10 out. 2024.

Leal M do C, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, *et al*. **Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6): 1915–1928. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bD6WFWKvTDvBWS8yZ4BHcBP/?lang=pt>

LEAL, Maria do Carmo. *et al.*, **Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos**. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, 2019.

Lima KD de, Pimentel C, Lyra TM. **Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras**. Ciência & Saúde Coletiva[*internet*]. 202;26(suppl 3): 4909-4918. DOI: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wbq3FxFxQH7HmVMYSp7Y9dntq/?lang=pt>

LIMA, A. G. S. *et al.* **Métodos para construção de tecnologias em saúde: uma revisão integrativa**. XV Semana Acadêmica; 2019; Fortaleza, Brasil, 2019.

LIMA, Bruna Cristina Araújo. **Nascimentos da cegonha: experiência de puérperas assistidas pela enfermagem obstétrica em Centro de Parto Normal**. Rev. De Enfermagem da UFSM, 2021, v.11, DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769246921>. Acesso em: 08 out. 2024.

LIMA, F. *et al.* **Educação permanente em saúde como fortalecimento da enfermagem obstétrica**. Revista Enfermagem UFPE online, v. 12, n. 2, p. 391-7, 39 Rev de Saúde Faculdade Dom Alberto. 2024; v.11, no 1 2018a.

MATIAS, Camila de Melo Cesarino *et al.* Análise comparativa entre o número de partos normais e partos cesáreos nas cinco regiões do Brasil, de 2014 a 2019: um retrato da realidade brasileira. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 4, p. 260-260, 2021.

MEGID NETO, Jorge. Origens e desenvolvimento do campo de pesquisa em educação em ciências no Brasil. **A pós-graduação em ensino de ciências e matemática no Brasil: memórias, programas e consolidação da pesquisa na área**. São Paulo: ELF, p. 98-139, 2014.

MINAYO, M. C. S. **Existe solução para o excesso de cesarianas no Brasil?** Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2022. Disponível em: <https://pressreleases.scielo.org/blog/2022/02/18/existe-solucao-para-o-excesso-de-cesarianas-no-brasil/>

Ministério da Saúde. (2008). **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS** Brasília, DF: Autor. Acesso em 26 de julho, 2016, em Acesso em 26 de julho, 2016, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf

Ministério da Saúde. (2014). **Cadernos HumanizaSUS - Volume 4: Humanização do parto e do nascimento** Brasília, DF: UECE/ Ministério da Saúde. Acesso em 26 de julho, 2016, em Acesso em 26 de julho, 2016, em http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf

Ministério da Saúde. (2015). **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - Brasília, DF: Autor, Acesso em 15 de agosto, 2015, em Comissão Nacional de Incorporação de

Tecnologias no SUS (CONITEC) - Brasília, DF: Autor, Acesso em 15 de agosto, 2015, em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDTCesariana_CP.pdf

MORAES, M. S. J. Projeto de lei nº 7867/2017. **Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério.** Congresso Nacional. Sala das Sessões, 13/06/2017. Minas Gerais. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em: 05 out. 2024

NAGAHAMA, E. E.; SANTIAGO, S. M. **Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 11, p. 415-425, 2011.

NASCIMENTO, D. E. M. et al., **Vivências sobre violência obstétrica: Boas práticas de enfermagem na assistência ao parto.** Nursing (Ed. Bras., Impr.), 2022.

NASCIMENTO, K.I.M. *et al.* **Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica.** *Brazilian Journal of Health Review*. Curitiba, v.4, n.2, p. 7362-7380, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/olivi/Downloads/admin,+ART.278+BJHR.pdf>. Acesso em: 05 set. 2024.

OLIVEIRA; ELIAS; OLIVEIRA, **Mulher e parto: significados da violência obstétrica e a abordagem de enfermagem.** Rev. Enferm. UFPE, 14. 2020.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa.** 2006. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: Autor, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 07 out. 2024.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Abordagem de abuso baseada em direitos humanos e violência contra a mulher nos serviços de saúde reprodutiva, com ênfase especial no cuidado ao parto e violência obstétrica.** Genebra: ONU; 2019.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde.** Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 12 de set. 2024.

ORTIZ, Roberth Alirio et al. Prevalencia de complicaciones en pacientes sometidas a cesárea en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2016 en el Hospital Universitario San

José de Popayán, Colombia 2016. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 84, n. 6, p. 435-448, 2019.

ORSO, L. F. et al., **Violência obstétrica: experiência da equipe multidisciplinar em saúde**. Rev. Enferm. UFPE, 15. 2021.

PASQUALI, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Editora da UnB.
PASQUALI, L. (1999). **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: Lab PAM/ IBAPP.

PANTOJA, L. R. B. et al., Construção de uma tecnologia educativa sobre violência obstétrica para as gestantes. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 37, 2023.

PAULA, E. et al., **La violencia obstétrica y el modelo obstétrico actual, en la percepción de los gestores de salud**. Texto & contexto enferm, 29. 2020.

PEDROZA, NP.; BEZERRA, E.P.; NICOLAU, M.A. **Ferramentas para elaboração de infográficos: um estudo de caso**. Anais do X Encontro Virtual de Documentação em Software Livre e VII Congresso Internacional de Linguagem e Tecnologia Livre e VII Congresso Internacional de Linguagem e Tecnologia Online. Belo Horizonte: UFMG, 2013.

PEREIRA, J. H.R. **O parto é, de fato, discutido nas consultas de pré-natal?** Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.1, p. 7372-7393 jan. 2022. Disponível em: file:///C:/Users/olivi/Downloads/43354-113525-1-PB.pdf

PEREIRA, M. F. R. **Experiência de mulheres na transferência do parto domiciliar planejado para hospital**. Rev Rene, 21. 2020.

PIESZAK, G. M. *et al.* **Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico**. Revista Rene.; 14 (3): 568-78. 2013.

POLIT D. F; BECK C, T; HUNGLER, B. P. Análise quantitativa. In: Polit DF, Beck CT, Hungler BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5a ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p.167-98.

Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. (2011). **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

REBERTE, L. M; HOGA, L. A. K; GOMES, A. L. Z. **O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.20, n.1, jan-fev. 2012.

Repensando o Nascimento como um Direito Integral na Luta contra a Violência Obstétrica no Brasil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 41-61, 2024. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/1233>.

RESOLUÇÃO COFEN Nº 516/2016 – **ALTERADA PELAS RESOLUÇÕES COFEN NºS 524/2016 E 672/2021**. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016/>.

REZENDE, C. D. V. **Violência obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil**. Brasília: Centro Universitário de Brasília –UniCEUB, 2014. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/5969/1/20812390.pdf>. Acesso em: 05 out. 2024.

RODRIGUES, D. P. et al., **Los significados de la violencia obstétrica en el proceso de parto y nacimiento**. Rev. Cuba. Enferm, 2023.

RUSSO, J. *et al.*, **Escalando vulcões: a releitura da dor no parto humanizado**. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 519-550, 2019.

SALBEGO, C.; NIETZSCHE, E. A.; ILHA, A.G.; RAMOS, T.K.; COGO, S.B.; ANTUNES, A.P. **Tecnologia em enfermagem: análise conceitual à luz do modelo evolucionário de Rodgers**. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e27611225712-e27611225712, 2022.

SANTOS, G.G. RANGEL, S.D. **Gerenciamento de tecnologias e procedimentos na assistência obstétrica**. *Rev. Eletrônica Evidência e Enfermagem*. 2020;6(1):40-48. DOI: <https://dx.doi.org/10.26544/Reeev6n12020-40-48>.

SANTOS, J. W. M. Projeto de lei nº 7633/2014. **Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências**. Congresso Nacional. Sala das Sessões, 29/05/2014. (PSOL/RJ). Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 05 out. 2024.

SCHMALFUSS, J. M. et al. O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.9, n. 3, 2010.

SILVA, A. C.; SANTOS, K. A.; PASSOS, S. G. **Atuação do enfermeiro na assistência ao parto humanizado: revisão literária**. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, v. 5, n. 10, p. 113-123, 2022.

SILVA, F. F. S. Projeto de lei nº 8.219. **Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após**. Congresso Nacional. Sala das Sessões, em 9 de agosto de 2017. (DEM/RJ). Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2147144>. Acesso em: 05 out. 2024.

SOARES, P. R. A. L. *et al.* **Qualidade de vida relacionada à saúde de gestantes e fatores associados**. *Acta Paul Enferm* 34. 2021. Acesso em: 12 set. 2024.

SOUZA, A. B. S.; SILVA, L. C.; ALVES, R. N.; ALARCÃO, A. C. J. **Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura**. *Rev. Ciênc. Méd. Campinas*, v. 25, n. p. 115-128, set./dez. 2016. Disponível em:

<https://seer.sis.puccampinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3641/2486>. Acesso em: 07 out. 2024.

SOUZA, Amanda; MARCHIORI, Mara; AMBRÓS, Emanuele *et al.* **A Violência obstétrica e a abordagem no pré-natal: uma revisão integrativa**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2018.

SOUZA, Érika *et al.* **Fatores que influenciam a via de parto no Brasil**. Revista de Medicina, v. 101, n. 5, 2022.

TEIXEIRA, P. C.; ANTUNES, L. S.; DUAMARDE, L. T. L.; VELLOSO, V; FARIA, G. P. G; OLIVEIRA, T. S. **Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar**. Revista Nursing, São Paulo, v. 23, n. 261, p. 3607-3615, fev. 2020. Disponível em: <http://www.revistanursing.com.br/revistas/261/pg52.pdf>. Acesso em: 07 out. 2024.

TEIXEIRA, Paulo Marcelo Marini; MEGID, Jorge. Uma proposta de tipologia para pesquisas de natureza interventiva. **Ciência & Educação (Bauru)**, v. 23, n. 4, p. 1055-1076, 2017.

VALADÃO, C. L, PEGORARO, R. F. Vivências de mulheres sobre o parto. Fractal: Revista de Psicologia, v. 32, n. 2, p. 1-14. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/DSj53Z3MMs7xZNWmvjr47wz/>.

VENDRÚSCOLO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Revista Disciplinar um Scientia| Ciências Humanas**, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015.

WINDER, Catherine; DOWLATABADI, Zahra. **Producing Animation**. 2. ed. Waltham: Elsevier Inc., 2011. 356 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence:CC BY-NC-AS 3.0 IGO.

XAVIER, C. **Violência obstétrica: entenda o que é e quais são os direitos da mulher gestante e parturiente**, 2019. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/78219/violencia-obstetrica>. Acesso em: 13 out. 2024.

Anexo B: Instrumento para avaliação do nível de evidência.

box 1.3

Rating System for the Hierarchy of Evidence for Intervention/Treatment Questions

Level I: Evidence from a systematic review or meta-analysis of all relevant RCTs

Level II: Evidence obtained from well-designed RCTs

Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization

Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies

Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies

Level VI: Evidence from single descriptive or qualitative studies

Level VII: Evidence from the opinion of authorities and/or reports of expert committees

(MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).