

Práticas obstétricas durante o processo de parto vivenciadas por puérperas usuárias da Atenção Primária à Saúde no Sul do Brasil

Obstetric practices during the childbirth process experienced by postpartum women using Primary Health Care in Southern Brazil

Prácticas obstétricas vividas por puérperas en la Atención Primaria de Salud en el Sur de Brasil

Clarissa Ferraz Rodrigues¹ 
Ketlen Christine Pereira² 
Ana Elizabeth Prado Lima Figueiredo² 
Carolina Baltar Day² 

¹Hospital Sofia Feldman (UFES), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Autor correspondente:

Carolina Baltar Day
E-mail: carolina.day@pucrs.br

Submetido: 03 dezembro 2023

Aceito: 25 agosto 2025

Publicado: 15 março 2026

Editor Convidado: Mariana Torreglosa Ruiz

Editor Associado: Mônica Maria de Jesus Silva

Como citar este artigo: Rodrigues CF, Pereira KC, Figueiredo AEPL, Day CB. Práticas obstétricas durante o processo de parto vivenciadas por puérperas usuárias da Atenção Primária à Saúde no Sul do Brasil. Rev. Eletr. Enferm. 2026;28:77977. <https://doi.org/10.5216/ree.v28.77977> Português, Inglês.

RESUMO

Objetivos: investigar as práticas obstétricas vivenciadas por puérperas usuárias da Atenção Primária à Saúde durante o processo de parto no contexto hospitalar, no Sul do Brasil. **Métodos:** estudo transversal, realizado em uma unidade de saúde do município de Porto Alegre. A amostra não randomizada foi composta por puérperas que realizaram pré-natal em uma unidade da Atenção Primária à Saúde, com período máximo de um ano transcorrido desde o parto. **Resultados:** foram incluídas no estudo 50 puérperas, das quais 86,0% relataram terem sido submetidas a pelo menos uma prática prejudicial durante a assistência ao seu trabalho de parto e parto, dentre elas, o parto em litotomia, falta de liberdade de escolha para a posição do parto e medidas para acelerar o trabalho de parto. Todas relataram ter vivenciado algum tipo de boas práticas, principalmente relacionadas às medidas não farmacológicas de alívio da dor. **Conclusão:** boas práticas coexistem com uma alta taxa de violência obstétrica no processo de parto relatado por mulheres atendidas na Atenção Primária à Saúde em uma capital da região Sul do Brasil. Este fato demonstra a incompletude do processo de transição do modelo obstétrico que vem ocorrendo nos últimos anos.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Violência Obstétrica; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: to investigate the obstetric practices experienced by postpartum women using Primary Health Care during the childbirth process in the hospital context in Southern Brazil. **Methods:** a cross-sectional study, carried out in a health unit in the city of Porto Alegre. The non-randomized sample was composed of postpartum women who received prenatal care in a Primary Health Care unit, with a maximum period of one year elapsed since childbirth. **Results:** fifty postpartum women were included in the study, of whom 86.0% reported having been subjected to at least one harmful practice during labor and childbirth, including lithotomy birth, lack of freedom of choice for birthing position, and measures to expedite labor. All reported having experienced some type of best practice, mainly related to non-pharmacological pain relief measures. **Conclusion:** best practices coexist with a high rate of obstetric violence during childbirth, reported by women receiving Primary Health Care in a capital city in Southern Brazil. This demonstrates the incompleteness of the transition to the obstetric model that has been taking place in recent years.

Descriptors: Prenatal Care; Obstetric Violence; Nursing.

© 2026 Universidade Federal de Goiás. Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.



RESUMEN

Objetivos: investigar las prácticas obstétricas experimentadas por puérperas que reciben Atención Primaria de Salud durante el parto en un hospital del Sur de Brasil. **Métodos:** estudio transversal realizado en una unidad de salud de la ciudad de Porto Alegre. La muestra no aleatorizada estuvo compuesta por puérperas que recibieron atención prenatal en una unidad de Atención Primaria de Salud, con un período máximo de un año transcurrido desde el parto. **Resultados:** se incluyeron en el estudio 50 mujeres en posparto, de las cuales el 86,0% reportó haber sido sometidas a al menos una práctica nociva durante su trabajo de parto y parto, incluyendo parto por litotomía, falta de libertad para elegir la posición de parto y medidas para acelerar el parto. Todas reportaron haber experimentado algún tipo de buenas prácticas, principalmente relacionadas con medidas no farmacológicas para el alivio del dolor. **Conclusión:** las buenas prácticas coexisten con una alta tasa de violencia obstétrica durante el parto, reportada por mujeres que reciben Atención Primaria de Salud en una capital del Sur de Brasil. Esto demuestra lo incompleta que ha sido la transición al modelo obstétrico en los últimos años.

Descriptores: Atención Prenatal; Violencia Obstétrica; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O modelo de cuidado obstétrico no Brasil tem sido pautado no modelo biomédico, hospitalar e intervencionista⁽¹⁾. Tal modelo favorece a medicalização do processo de parto e nascimento, e a realização de ações desvinculadas das boas práticas assistenciais de forma rotineira e sem evidências científicas⁽²⁾. Neste cenário, observa-se a redução do protagonismo feminino⁽¹⁾, com submissão das mulheres às relações de dominação, limitação de sua autonomia e liberdade⁽²⁾, e à intervenções que desrespeitam sua integridade física e mental, seus sentimentos, opções e preferências⁽³⁾.

Ações desrespeitosas ocorridas durante o trabalho de parto e parto são consideradas uma violação de direitos humanos e influenciam negativamente os desfechos maternos e perinatais⁽⁴⁾. Tais violações são uma realidade em grande parte dos hospitais brasileiros⁽⁵⁾, onde os profissionais de saúde consolidam diferentes formas de violência durante a assistência às gestantes e parturientes⁽⁶⁾. Dentre elas estão a restrição ao leito durante o trabalho de parto, privação de alimentação e de deambulação, exames vaginais rotineiros e sem justificativa, uso de ocitocina para acelerar o processo de nascimento, realização da manobra de Kristeller e episiotomia, adoção de posições não favoráveis ao nascimento, impossibilidade de contato pele a pele com o recém-nascido, entre outras⁽⁷⁾.

Estas práticas, legitimadas por relações de poder e conhecimentos técnicos que naturalizam sua ocorrência na assistência ao parto e nascimento, caracterizam a violência obstétrica⁽⁶⁾. Inseridas neste contexto, e para se protegerem de condutas e violência obstétrica, as mulheres brasileiras tendem a evitar um parto vaginal e optam pela realização de uma cesariana⁽⁸⁾. Diante deste cenário, as políticas públicas nacionais e as recomendações internacionais baseadas em evidências científicas rediscutiram condutas obstétricas. Os objetivos são prover uma assistência materna e perinatal qualificada, independentemente do local e do nível de atenção à saúde, impactando na redução da violência obstétrica^(4,9).

No Brasil, a Rede Cegonha, instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde, merece destaque por ter permitido o avanço e a melhoria da assistência obstétrica ofertada nas maternidades⁽⁹⁾. No entanto, estudo que analisou a implantação das boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento em maternidades brasileiras, conforme preconizado

pela Rede Cegonha, identificou que no país ainda prevalece um modelo de cuidado baseado em intervenções desnecessárias e com pouca presença de práticas adequadas. Mais de 80,0% das maternidades apresentam implantação inadequada de métodos não farmacológicos para alívio da dor e estímulo a posições verticalizadas, sendo a aminiotomia (87,0%), episiotomia (55,6%) e manobra de Kristeller (18,5%) praticadas nos serviços de saúde que compuseram a amostra⁽¹⁰⁾.

Neste sentido, o preparo das mulheres para o momento do parto durante o pré-natal está entre as ações para o sucesso das boas práticas de atenção obstétrica. Nesta ocasião, os profissionais de saúde devem realizar educação em saúde, informando as mulheres sobre seus direitos e encorajando-as a retomar o seu papel de protagonistas, reduzindo assim as intervenções desnecessárias e a violência obstétrica⁽¹¹⁾. Porém, o modelo brasileiro de cuidado pré-natal não parece empoderar as mulheres para que tomem decisões informadas sobre os riscos e benefícios das diferentes práticas assistenciais ofertadas nos hospitais⁽⁸⁾.

Estudo transversal realizado no Pará, na região Norte do Brasil, indica que temáticas relacionadas ao parto foram abordadas durante as consultas pré-natais para um terço das participantes e mais da metade delas não foram incentivadas a desenvolver um plano de parto abordando as melhores práticas⁽¹²⁾.

Outro estudo transversal, realizado com puérperas em uma maternidade pública de Pernambuco, identificou que apenas 48,3% delas receberam orientações sobre boas práticas obstétricas no pré-natal e a maioria experienciou alguma conduta não recomendada no processo de parto e nascimento, como métodos para acelerar o trabalho de parto, ausência de identificação dos profissionais, posição semi-sentada para parir e episiotomia⁽¹³⁾.

Tendo em vista que essas pesquisas foram realizadas tomado como referência o território nacional^(12,14) ou serviços de saúde localizados na região Norte⁽¹²⁾ e Nordeste⁽¹³⁾, e considerando as diferenças regionais de cultura, nível socioeconômico e grau de escolaridade da população nas diferentes regiões do Brasil, elaborou-se a presente investigação com a finalidade de lançar luz ao contexto da região Sul do país.

Ouvir as mulheres sobre a assistência prestada durante o parto e o pós-parto pode ajudar a identificar situações de violência obstétrica.

trica e orientar o redirecionamento da assistência pré-natal em relação às boas práticas. As mulheres devem receber dados suficientes para participar ativamente do processo de decisão em relação ao seu corpo, ao parto e aos cuidados neonatais. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo investigar as práticas obstétricas durante o processo de parto no contexto hospitalar vivenciadas por puérperas usuárias da Atenção Primária à Saúde, no Sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, no período de janeiro a maio de 2022. A UBS é vinculada à Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), com contratualização de serviços junto à Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Conta com a atuação do corpo docente e discente dos cursos de medicina, enfermagem, nutrição, farmácia e psicologia, envolvidos nas atividades práticas de ensino, em estágios supervisionados e ações de extensão da referida universidade, sendo um importante elo de integração ensino-serviço-comunidade.

População e amostra

A população do estudo consistiu nas puérperas atendidas na referida UBS que tiveram seu parto realizado em maternidades públicas de Porto Alegre, credenciadas à Rede Cegonha.

Para o cálculo da amostra, foi considerado um intervalo de confiança de 95%, com poder esperado de 80%, potenciais perdas de 10% e estimativa de 50 puérperas para representar estatisticamente a população em estudo. A amostragem não probabilística incluiu puérperas com parto realizado há, no máximo, um ano e que fizeram acompanhamento pré-natal na unidade. As puérperas menores de 18 anos foram excluídas.

Coleta de dados

O recrutamento das puérperas se deu de forma intencional, a partir da identificação de puérperas no sistema informatizado da UBS e da verificação da data e do horário em que haviam agendado consultas de puerpério, pediátricas ou ginecológicas. As puérperas foram convidadas a participar da pesquisa mediante abordagem na sala de espera da unidade, enquanto aguardavam as consultas.

A entrevista ocorreu de forma presencial, antes ou após a consulta da participante, conforme a disponibilidade, em local reservado na unidade de saúde. Todas as puérperas abordadas consentiram em participar do estudo após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados por meio de um roteiro estruturado elaborado pelas pesquisadoras. Ele continha questões referentes às características sociodemográficas das participantes (cor da pele, idade, escolaridade e renda familiar), relacionadas à história obstétrica pregressa e atual, sobre o trabalho de parto e parto da gestação mais recente, ocorrida há no máximo um ano, e informações sobre a ocorrência de práticas violentas e/ou boas práticas de assistência ao parto.

Análise estatística

Os dados foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics*, (versão 20.0, *International Business Machines Corporation*, Estados Unidos). As variáveis discretas foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade. A análise inferencial foi realizada por meio do teste de associação qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher. A significância estatística foi considerada para $p \leq 0,05$. Para o cálculo da taxa de violência obstétrica, foi considerada a soma de mulheres submetidas a pelo menos uma prática prejudicial. Devido à falta de informações sobre as condições de vitalidade do recém-nascido no nascimento, as práticas “não amamentar na primeira hora” e “não fazer contato pele a pele” não foram computadas como prejudiciais.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e recebeu o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 55415321.5.0000.5336.

RESULTADOS

Na UBS, foram identificadas 56 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão, das quais 50 aceitaram participar do estudo. A média de idade das participantes foi de 27 anos; a maioria (70,0%) se autodeclarou parda ou preta, com renda familiar menor que um salário mínimo e ensino fundamental completo (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil Sociodemográfico das puérperas (n = 50) usuárias da Atenção Primária à Saúde que tiveram parto em maternidades públicas, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Variáveis	n	%
Idade		
18 a 35 anos	44	88,0
≥ 36 anos	6	12,0
Cor da pele		
Branca	15	30,0
Parda ou preta	35	70,0
Escolaridade		
Ensino fundamental completo	31	62,0
Ensino médio completo	14	28,0
Ensino superior completo	5	10,0
Renda familiar (salário-mínimo R\$ 1.212,00)		
< 1 salário-mínimo	24	48,0
1 salário-mínimo	17	34,0
> 1 salário-mínimo	9	18,0

Em relação ao número de consultas no pré-natal, 80,0% (n = 38) das participantes relataram ter comparecido a mais de seis consultas e destas, 44,0% (n = 22) informaram ter sido acompanhadas por enfermeiros, cujos encontros foram intercalados com o profissional médico. Quanto à via de parto, a mais frequente foi a via vaginal, ocorrendo em 76,0% (n = 38) dos casos. Dentre aquelas que tiveram o parto por cirurgia cesariana (24,0%; n = 12), 84,0% (n = 10) passaram pelo trabalho de parto.

Boas práticas durante o trabalho de parto e parto foram relatadas por todas as puérperas, das quais 54,0% (n = 27) tiveram acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, tais como banho de chuveiro (52,0%; n = 26), bola obstétrica (32,0%; n = 16) e liberdade de deambulação (82,0%; n = 41). O contato pele a pele foi realizado em 78,0% (n = 39) dos nascimentos, e 60,0% (n = 39) dos recém-nascidos foram amamentados na primeira hora de vida.

Em relação à violência obstétrica, 94,0% (n = 47) das mulheres relataram ocorrência de pelo menos uma prática prejudicial durante a assistência ao seu trabalho de parto e nascimento no ambiente hospitalar; a mais frequente foi parir em posição de litotomia. Para 38,0% (n = 19) das mulheres, o direito de um acompanhante foi negado, em 22,0% (n = 11) dos partos não ocorreu o contato pele a pele com o bebê na primeira hora, e 40,0% (n = 20) informaram não ter amamentado ainda na primeira hora após o nascimento. Das três mulheres que mencionaram não terem sido submetidas a práticas prejudiciais, duas realizaram cesarianas eletivas e uma teve parto vaginal.

Das 38 mulheres que apresentaram parto via vaginal, 95,0% (n = 36) relataram estar em posição litotômica durante o período expulsivo do parto. As demais (n = 2) relataram terem recebido estímulo e adotado posições verticalizadas. Quando questionadas sobre a escolha do posicionamento para parir, metade das que pariram em posição litotômica informaram que não tiveram liberdade de escolher.

As práticas prejudiciais no decorrer do trabalho de parto e do parto mais frequentemente citadas pelas participantes foram amniotomia, uso de ocitocina para acelerar o parto, restrição de alimentação e restrição de acompanhante (Tabela 2).

Não foi encontrada relação entre violência obstétrica e idade, cor, grau de escolaridade, renda familiar, via de parto, número de consultas pré-natais, consulta realizada por enfermeiro e presença de acompanhante no trabalho de parto e no parto (Tabela 3).

Da mesma forma, não foi encontrada diferença estatística na prevalência de episiotomia, parto em litotomia, uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto e amniotomia em relação às características sociodemográficas das puérperas (Tabela 4).

Também não foram encontradas relações entre os tipos de violência obstétrica e características do pré-natal. A posição de litotomia foi maior entre as puérperas que contavam com a presença de acompanhante no processo de parto ($p = 0,018$). Além disso, a ausência do acompanhante apresentou relação com a restrição de sua presença ($p < 0,001$) (Tabela 5).

Tabela 2 - Práticas de violência obstétrica no contexto hospitalar durante o processo de parto vivenciadas por usuárias da Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Práticas de violência obstétrica entre puérperas que evoluíram para parto por via vaginal (n = 38)		
Variáveis	n	%
Parto em posição de litotomia	35	95,0
Não escolheram a posição do parto	19	50,0
Episiotomia	13	34,0
Enema	4	10,5
Tricotomia	2	5,3
Fórceps	1	2,7
Práticas de violência obstétrica entre as puérperas que passaram pelo trabalho de parto (n = 47)		
Amniotomia	30	63,8
Ocitocina para acelerar o parto	28	59,6
Restrição de alimentação	20	42,5
Restrição de acompanhante	19	40,4
Repressão ao sentimento de medo ou grito	7	14,9
Violência verbal	7	14,9
Impedimento para deambular	5	10,6

Tabela 3 - Análise de possíveis fatores relacionados às práticas de violência obstétrica durante o processo de parto no contexto hospitalar vivenciadas por usuárias da Atenção Primária à Saúde (n = 47), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Variável	Relato de violência obstétrica		
	n	%	Valor de p
Via de parto			
Cesariana	10	21,3	0,074
Vaginal	37	78,7	
Idade			
18 a 35 anos	41	87,2	0,509
≥ 36 anos	6	12,7	
Cor			
Branca	14	29,7	0,897
Parda e preta	33	70,3	
Escolaridade			
Ensino fundamental	29	61,8	0,834
Ensino médio	13	27,6	
Ensino superior	5	10,6	
Renda familiar (salário-mínimo R\$ 1.212,00 reais)			
< 1 salário-mínimo	22	46,8	0,668
1 salário-mínimo	16	34,1	
> 1 salário-mínimo	9	19,1	
Pré-natal			
> 6 consultas	37	78,7	0,372
≤ 6 consultas	10	21,3	
Participação do enfermeiro no pré-natal	42	89,4	0,551
Presença de acompanhante no trabalho de parto e parto	33	70,2	0,897

Tabela 4 - Análise de possíveis relações entre as características sociodemográficas e os tipos de violência obstétrica vivenciadas no contexto hospitalar por usuárias da Atenção Primária à Saúde durante o processo de parto, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Variáveis	Violência obstétrica							
	Litotomia (n = 35)		Episiotomia (n = 13)		Ocitocina (n = 28)		Amniotomia (n = 30)	
	n (%)	Valor de p	n (%)	Valor de p	n (%)	Valor de p	n (%)	Valor de p
Idade (anos)								
18 a 35 anos	31 (88,5)	0,536	10 (76,9)	0,690	24 (85,7)	0,755	26 (86,7)	0,936
≥ 36 anos	4 (11,5)		3 (23,1)		4 (14,3)		4 (13,3)	
Cor								
Branca	10 (28,6)	0,350	3 (23,1)	0,571	10 (35,7)	0,556	12 (40,0)	0,059
Parda e preta	25 (71,4)		10 (76,9)		18 (64,3)		18 (60,0)	
Escolaridade								
Ensino fundamental	23 (65,7)	0,432	11 (84,6)	0,336	15 (53,6)	0,316	18 (60,0)	0,440
Ensino médio	9 (25,7)		1 (7,7)		8 (44,5)		10 (33,3)	
Ensino superior	3 (8,6)		1 (7,7)		5 (17,9)		2 (6,7)	
Renda Familiar (Salário mínimo R\$ 1.212,00)								
< 1 salário-mínimo	17 (48,6)	0,877	4 (30,8)	0,363	10 (35,7)	0,247	15 (50,0)	0,747
1 salário-mínimo	12 (34,9)		7 (53,8)		12 (42,8)		9 (30,0)	
> 1 salário-mínimo	6 (17,5)		2 (15,4)		6 (21,5)		6 (20,0)	

Tabela 5 - Análise de possíveis relações entre aspectos do pré-natal, presença de acompanhante no parto e os tipos de violência obstétrica no contexto hospitalar durante o processo de parto, vivenciadas por usuárias da Atenção Primária à Saúde, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2022

Violência obstétrica	Variáveis					
	Consultas de pré-natal		Atendimento por enfermeiro no pré-natal		Acompanhante presente no processo de parto	
	> 6	≤ 6	Sim	Não	Sim	Não
Litotomia (n = 35)						
n (%)	28 (80,0%)	7 (20,0%)	33 (94,3)	2 (5,7)	25 (71,4)	10 (28,5)
Valor de p	0,626		0,210		0,018	
Episiotomia (n = 13)						
n (%)	13 (100,0)	0,0	12 (92,3)	1 (7,7)	8 (61,5)	5 (38,5)
Valor de p	0,109		0,677		0,471	
Ocitocina (n = 30)						
n (%)	21 (75,0)	7 (25,0)	25 (89,3)	5 (10,7)	20 (66,7)	10 (33,4)
Valor de p	0,399		0,316		0,968	
Amniotomia (n = 28)						
n (%)	25 (83,4)	5 (16,6)	26 (86,7)	2 (13,3)	23 (82,4)	5 (16,6)
Valor de p	0,470		0,336		0,208	
Restrição de dieta (n = 20)						
n (%)	15 (75,0)	5 (25,0)	17 (85,0)	3 (15,0)	15 (75,0)	5 (25,0)
Valor de p	0,470		0,336		0,529	
Restrição de acompanhante (n = 19)						
n (%)	16 (84,2)	3 (15,7)	17 (89,5)	2 (10,5)	8 (42,1)	11 (57,9)
Valor de p	0,560		0,923		< 0,001	

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou uma alta prevalência de relatos de violência obstétrica entre as puérperas atendidas na USB, no processo de parto em maternidades públicas. A prevalência en-

contrada na presente investigação, de aproximadamente 86,0% de práticas prejudiciais, contrapõe-se aos resultados de pesquisas brasileiras de base populacional. Estudo de abrangência nacional realizado no Brasil identificou prevalência de relatos de desrespeito

e abuso em 45,2% das participantes atendidas em maternidades públicas, e em 30,3% daquelas atendidas em maternidades do setor privado⁽¹⁴⁾. Em uma coorte na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul), esse contingente foi de 18,3%⁽¹⁵⁾.

Estudos epidemiológicos sobre violência obstétrica no Brasil, tomando como referências municípios de diferentes estados, são escassos. Aliado a isso, há falta de consenso em relação ao termo adotado. Alguns estudos^(14,15) citam desrespeito e abuso para descrever práticas denominadas situações de violência obstétrica em outras pesquisas^(7,11), assim como na presente investigação. Adicionalmente, é importante destacar a ausência de um instrumento de mensuração validado. Consequentemente, há diversidade na interpretação e classificação de práticas obstétricas como violência, o que torna as investigações complexas e de difícil comparação⁽¹⁶⁾.

Embora até o momento inexistia um instrumento validado para mensuração de violência obstétrica, no sistema de saúde brasileiro atual, aumentou o número de mulheres que relatam ter sofrido violência obstétrica, seja no pré-natal, no parto, no puerpério ou em situações de abortamento⁽⁷⁾. Ressalta-se que o modelo assistencial ao parto ainda é excessivamente tecnocrático, abusivo e guiado por intervenções desnecessárias⁽¹⁻³⁾. É de suma importância investir em educação em saúde, a fim de empoderar essas mulheres, para que exerçam melhor a sua autonomia nas tomadas de decisão sobre sua assistência durante pré-natal, pré-parto e parto. Além disso, capacitar os profissionais de saúde com o intuito de modificar práticas desrespeitosas e prevenir a violência contra a mulher.

Enfrentar a violência obstétrica impacta não somente as mulheres, mas também os profissionais de saúde envolvidos no cuidado, uma vez que práticas éticas e baseadas em evidências científicas precisam ser adequadamente estruturadas e fundamentadas em relações de trabalho harmônicas e não hierarquizadas⁽¹⁷⁾.

No Brasil, a violência obstétrica ainda não é especificada ou criminalizada por Lei Federal, dificultando a proteção dos direitos das mulheres⁽¹⁸⁾. Diversas medidas têm sido implementadas para reduzir e prevenir as práticas prejudiciais às mulheres. Dentre elas destaca-se o pré-natal como importante estratégia de acolhimento à gestante e sua família, de estreitamento do vínculo com a equipe de saúde, e de educação e orientação quanto ao processo de parto e nascimento⁽¹⁹⁾. A inserção de enfermeiros na realização do pré-natal é um potente fator na prevenção da violência obstétrica, uma vez que estes profissionais são capazes de orientar a gestante a respeito de seus direitos e construir um plano de cuidados baseado em boas práticas assistenciais⁽²⁰⁾.

Na presente investigação, embora aproximadamente 90,0% das participantes terem relatado encontros com enfermeiros no pré-natal e 80% delas terem realizado mais de seis consultas, isso não foi suficiente para evitar violência obstétrica durante o trabalho de parto e parto. A presença do acompanhante também não foi um fator protetor para a posição de litotomia durante o parto, o que pode estar relacionado à falta de preparo da mulher e de seu familiar durante o pré-natal, ou a uma estrutura de poder e hegemonia que não é minimizada simplesmente com a presença do acompanhante.

Estes achados vão ao encontro dos resultados de uma investigação brasileira na qual o comparecimento às consultas de pré-natal em quantidade maior ou igual à preconizada pelo Ministério da Saúde (seis), bem como a participação nas consultas de enfermagem não foi sinônimo de participação ativa das mulheres no pré-parto e parto⁽²¹⁾. O pré-natal é um momento importante para orientar as gestantes sobre seus direitos durante o pré-parto e parto. Entretanto, não implica, necessariamente, ser suficiente para seu empoderamento para o papel de protagonismo na tomada de decisões durante o pré-parto e parto. As boas práticas ainda são aplicadas de forma parcial, com pouca ou nenhuma participação das mulheres nas escolhas sobre a via de parto⁽¹²⁾.

A via de parto deve ser um fator analisado no cenário de violência. No Brasil, as taxas parto cirúrgico em diversos serviços de saúde superam o número de partos vaginais⁽²¹⁾, o que torna esse procedimento abusivo no país⁽²²⁾. Na presente investigação, a taxa de cesariana entre as participantes foi de 24,0%, semelhante aos achados de outro estudo realizado em serviços de saúde da cidade de Porto Alegre, no qual foi identificada uma taxa de cesarianas de 23,4%⁽²³⁾. As taxas desta prática cirúrgica como via de parto correspondem a 21,0% em todo o mundo⁽²²⁾ e, no Brasil, cerca de 55,3% dos nascimentos ocorrem por esta via⁽²⁴⁾.

Sabe-se que as cesarianas podem salvar vidas em situações de gravidade, no entanto, apresentam riscos como qualquer procedimento cirúrgico e quando realizadas sem a adequada indicação clínica, podem trazer prejuízo à saúde, tanto da mulher quanto do recém-nascido⁽²¹⁾. No presente estudo, mais da metade das puérperas submetidas à cesariana já estavam em trabalho de parto no momento da indicação da cirurgia, sem discussão com a paciente sobre essa escolha.

Em relação às práticas de violência obstétrica relatadas neste estudo, elas ocorreram independentemente da via de parto. As principais práticas prejudiciais citadas pelas mulheres durante o processo de parto foram a amniotomia, o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto e a restrição do acesso a alimentos. No período expulsivo, foram identificadas práticas prejudiciais, tais como parto realizado em posição litotômica, falta de participação da parturiente na escolha da posição que gostaria de adotar para o parto, e a realização de episiotomia. Estes achados reforçam os resultados de outros estudos e destacam, ainda, a falta de consentimento para a realização de tais procedimentos e o desconhecimento sobre a sua realização^(14,25).

A amniotomia e o uso da ocitocina são práticas utilizadas para acelerar o trabalho de parto e/ou prevenir seu atraso, embora não sejam recomendadas devido à falta de evidência científica que as sustente^(4,26). Apesar de no presente estudo não ter sido possível analisar os fatores que levaram à indicação da amniotomia, já que não fazia parte do objetivo, este procedimento ainda é realizado na prática clínica, mesmo sem evidências científicas. Em relação ao uso de ocitocina sintética no cenário obstétrico brasileiro, um estudo mostrou que a narcoaceleração do parto não atende os interesses das puérperas, mas colaborou para a maior medicalização deste processo⁽²⁷⁾.

A restrição alimentar reportada pelas puérperas também é uma prática não recomendada pelos protocolos nacionais e internacionais de assistência ao parto em gestações de risco habitual^(4,26). O risco de aspiração de conteúdo gástrico é baixo, assim como a indicação de anestesia geral em cesarianas⁽²⁸⁾.

A realização de episiotomia, relatada no cenário da presente investigação, é uma prática que diverge na literatura quanto à indicação. Segundo a Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde brasileiro⁽²⁶⁾, a episiotomia é indicada quando há risco de laceração perineal grave, sofrimento fetal, dificuldade na realização de parto instrumental e distócica de ombros, não sendo recomendada de forma rotineira. Entretanto, no cenário internacional, esta é uma prática não recomendada pela OMS⁽⁴⁾.

Metanálise identificou que a realização de episiotomia seletiva não demonstrou diferença em comparação com a não realização desse procedimento e lacerações perineais graves ou lesões do esfíncter anal, trauma perineal, parto instrumental, duração da segunda fase do trabalho de parto, dor perineal e hemorragia pós parto⁽²⁹⁾.

A alta taxa de realização desse procedimento no Brasil pode indicar uma violência obstétrica, pois excede a quantidade recomendada pela OMS. Sua indicação clínica é inconsistente, desrespeitando a autonomia feminina e o processo fisiológico do parto, além de trazer mais malefícios do que benefícios⁽³⁰⁾.

No que tange ao parto em litotomia e a impossibilidade de escolher a posição para o período expulsivo do parto, citados pelas puérperas participantes deste estudo, estas são práticas desencorajadas e não devem ser impostas. Pelo contrário, é importante apoiar a mulher na escolha da posição que achar mais confortável^(4,26). Sabe-se que as posições verticalizadas no período expulsivo do parto oferecem maior proteção perineal, ou seja, menor risco de laceração e maior chance de períneo íntegro⁽³¹⁾.

Frente às elevadas taxas de práticas prejudiciais durante o trabalho de parto em maternidades públicas de Porto Alegre relatadas pelas puérperas participantes deste estudo, é necessário entender quais modelos apresentam potenciais avanços para melhorar o cuidado oferecido às gestantes e puérperas e colaboram para reduzir as taxas de violência obstétrica nas instituições de saúde.

Pesquisas nacionais^(32,33) indicam que a atuação de enfermeiros obstetras nas maternidades, apoiada por Políticas Públicas, representou um potente agente transformador de práticas obstétricas nos últimos anos. Levou à diminuição da realização de práticas prejudiciais, tais como episiotomia, amniotomia, parto em litotomia e uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, e aumentou a proporção de boas práticas, dentre elas a liberdade de posição e movimentação, a oferta de dieta, presença de acompanhante e uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor^(32,33). Estes resultados demonstram a inserção do enfermeiro obstetra como uma possível medida a ser realizada para reduzir as taxas de violência obstétrica no contexto do processo de parto.

As boas práticas coexistem com práticas prejudiciais, que denotam violência obstétrica. Boas práticas foram ofertadas, especialmente no trabalho de parto antes do período expulsivo. Nes-

se período houve oferta de liberdade de deambulação e uso de alguma medida não farmacológica para alívio da dor, como banho de chuveiro, uso da bola e técnicas de respiração. Ao mesmo tempo, ocorreram práticas prejudiciais tais como a restrição à presença do acompanhante e a restrição à alimentação. No pós-parto, as boas práticas incluíam o contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida. Estes achados são corroborados por outra investigação⁽³⁴⁾ e representam avanços em relação ao cuidado ofertado durante o parto.

Sabe-se que as medidas não farmacológicas de alívio da dor também promovem relaxamento e conforto, reduzindo a ansiedade materna e o tempo de fase latente e ativa. Também estão associadas a menor risco de intervenções medicamentosas durante o trabalho de parto e ainda contribuem para uma experiência positiva de parto⁽³⁵⁾.

A implantação de boas práticas obstétricas em maternidades de diferentes estados brasileiros ocorre de forma parcial. Mudanças do modelo assistencial fundamentado por evidências científicas e na perspectiva de humanização^(34,36,37) ainda estão em processo de consolidação. Nesta direção, entende-se que o modelo de atenção obstétrica ofertado às puérperas deste estudo ainda não atende de forma integral às boas práticas preconizadas pelas políticas públicas nacionais e internacionais^(4,26).

Diante do exposto, a vulnerabilidade das gestantes durante o processo de parto e nascimento deve ser considerada. Apesar de não terem sido encontradas relações entre os tipos de violência e características sociodemográficas das parturientes na presente investigação, uma pesquisa encontrou disparidades na assistência ofertada pelos serviços de saúde a essa população, e as características sociodemográficas da parturiente foram fatores determinante⁽³⁸⁾. O racismo e as iniquidades presentes na sociedade brasileira impactam negativamente na oferta de assistência nos serviços de saúde e fazem com que as mulheres negras (pretas e pardas) e pobres vivenciem mais este tipo de situação durante a maternidade, em comparação com as demais mulheres⁽³⁹⁾.

Nesta direção, é necessário implementar ações de educação permanente que visem capacitar os profissionais de saúde sobre as boas práticas em obstetrícia, para prestarem uma assistência de qualidade e de forma imparcial. Além disso, o acesso das mulheres a informações sobre saúde também deve ser ampliado, a fim de emponderá-las para a tomada de decisões durante seu trabalho de parto⁽³⁸⁾. Assim, sugere-se a realização de outros estudos em diferentes contextos de Atenção Primária à Saúde para melhor compreender quais ações podem qualificar a educação perinatal das usuárias.

Embora o presente estudo tenha trazido informações que permitem compreender melhor a realidade da assistência obstétrica no setor público de saúde na região Sul do Brasil, ele apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. No delineamento utilizado, não foi prevista a análise de registros no prontuário das mulheres acerca do processo de parturição nas maternidades. Esta ação contribuiria para a triangulação de coleta de dados

e maior possibilidade de identificar tanto as boas práticas como a violência obstétrica, os profissionais envolvidos e possíveis indicações para procedimentos como a cirurgia cesariana. Apesar disso, os resultados encontrados foram baseados em amostra composta por quase a totalidade das puérperas atendidas em um serviço de saúde que integra a Rede de Atenção à Saúde Materna, evidenciando as experiências negativas e boas práticas vivenciadas por essas mulheres no processo de parturição.

CONCLUSÃO

Boas práticas de assistência ao trabalho de parto e ao parto coexistem com elevadas taxas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas no contexto do atendimento em maternidades públicas em uma capital do Brasil. As medidas para acelerar o trabalho de parto (amniotomia e uso de ocitocina) foram as práticas prejudiciais mais frequentes. As boas práticas estavam relacionadas à oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor e à presença de acompanhante. A maioria das mulheres que evoluíram para o parto por via vaginal permaneceu na posição de litotomia e recebeu episiotomia no período expulsivo.

Não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a violência obstétrica e as variáveis idade, grau de escolaridade, renda familiar e cor da pele.

Os resultados permitiram compreender o cenário das práticas obstétricas às quais as puérperas foram submetidas enquanto parturientes, tendo potencial para colaborar com a construção de um plano de cuidados pré-natais direcionados à educação em saúde das mulheres quanto a estas práticas, ao mesmo tempo que fornecem importantes dados para processos de educação permanente em saúde dos profissionais que atuam nas maternidades, e sensibilização de gestores locais.

A educação perinatal deve ser norteadada por informações e ações que empoderem as mulheres quanto à sua capacidade fisiológica de parir sem intervenções, mas também quanto aos seus direitos a uma assistência obstétrica segura, respeitosa e consentida, baseada em evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Leal NP, Versiani MH, Leal MC, Santos YRP. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 June 13;26(3):941-50. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020>
2. Nicida LRA, Teixeira LAS, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019 Jan 30;25(1):4531-46. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>
3. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSC, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019 Aug 5;24(8):2811-23. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>
4. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO); 2018 Feb 7 [cited 2025 July 29]. 200 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

5. Nogueira NV. O reconhecimento da violência obstétrica no Brasil e sua repercussão sociolégislativa por intermédio do movimento feminista. *InsURgência: revista de direitos e movimentos sociais*. 2021 July 31;7(2):261-86. <https://doi.org/10.26512/insurgencia.v8i2.38447>
6. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
7. Branco MA, Meucci RD, Paludo SS. Práticas associadas à violência obstétrica no parto vaginal: estudo de base populacional em município do Sul do Brasil. *Cad. Saúde. Colet*. 2024 Oct 14;32(2):e32020020. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020020>
8. Fabbro MRC, Wernet M, Baraldi NG, Bussadori JCC, Salim NR, Souto BGA, et al. Antenatal care as a risk factor for caesarean section: a case study in Brazil. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Sep 25;22:731. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05008-z>
9. Leal MC, 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). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 June;23(6):1915-28. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>
10. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2021 Mar 15;26(3):801-21. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>
11. Sousa MPV, Santos LSA, Caldas GRF, Batista FAM, Silva CRL. Violência obstétrica: fatores desencadeantes e medidas preventivas de enfermagem. *Revista Nursing*. 2021 Aug 2;24(279):6015-9. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i279p6015-6024>
12. Spinola MCR, Oliveira AS, Maciel TJS, Figueira TPC, Santos LA. The importance of approach the birth plan during prenatal care in basic health units Amazon. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2024 Nov 13;22(1). <https://doi.org/10.15517/psm.v22i1.56680>
13. Monteiro BR, Souza NL, Silva PP, Pinto ESC, França DF, Andrade ACA, et al. Health care in the prenatal and childbirth context from puerperal women's perspective. *Rev. Bras. Enferm*. 2020 June 24;73(4):e20190222. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0222>
14. Leite TH, Pereira APE, Leal MC, Silva AAM. Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study. *J Affect Disord*. 2020 May 11;273:391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>
15. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya SJ, Ponce De León R, Damaso AH, Domingues MR, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health*. 2018 Mar 27;15:54. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>
16. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Jan 31;27(2):483-91. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
17. Katz L, Amorin MM, Giordano JC, Bastos MH, Brilhante AVM. Who is afraid of obstetric violence? *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2020 Aug 5;20(2):623-6. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200017>
18. Marques SB. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. *Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit*. 2020 Apr 1;9(1):97-119. <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i1.585>
19. Pardin EP, Retroz FF, Queiroz HF, Haag A, Semaan KM, Liz HS, et al. Pré-Natal como estratégia de prevenção à violência obstétrica. *Braz. J. Implantol. Health Sci*. 2023;5(4):872-82. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p872-882>
20. Santos LHS, Oliveira NCS, Coelho NS, Moura WEA, Verde RMV. O papel do enfermeiro na prevenção da violência obstétrica: revisão integrativa. *Revista Científica FacMais [Internet]*. 2023 May 5 [cited 2025 July 29];20(1):128-47. Available from: <https://revistas.facmais.edu.br/index.php/revistacientificafacmais/article/view/88>

21. Betran AP, Ye J, Moller A-B, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*. 2021 June;6(6):e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
22. Silva ATCSG, Campos RLO, Silva NCDL, Souza LN, Santana MR, Silva AEG, et al. O papel do enfermeiro na humanização do parto normal. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021 Jan 8;13(1):e5202. <https://doi.org/10.25248/reas.e5202.2021>
23. Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Skin-to-skin contact and breastfeeding of newborns in a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020 Apr 30;41 (spe):e20190154. <https://doi.org/10.1590/1983-14472020.20190154>
24. Dias BAS, Leal MC, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M. Variações das taxas de cesariana e cesariana recorrente no Brasil segundo idade gestacional ao nascer e tipo de hospital. *Cad Saúde Pública*. 2022 July 15;38(6):e00073621. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT073621>
25. Paiz JC, Souto AS, Martins ACM, Ahne SMS, Baréa M, Giugliani C. Violência obstétrica: entre a percepção das mulheres e as práticas de assistência ao parto. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2024 Nov 28;19(46):3852. [https://doi.org/10.5712/rbmfc19\(46\)3852](https://doi.org/10.5712/rbmfc19(46)3852)
26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretriz nacional de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR). 2017 [cited 2025 July 29]. 51 p. Available from: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/diretrizes/diretrizes_partonormal_versaoreduzida_final.pdf
27. Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. Ocitocina sintética e a aceleração do parto: reflexões sobre a síntese e o início do uso da ocitocina em obstetrícia no Brasil. *Hist cienc saude-Manguinhos*. 2018 Oct-Dec;25(4):979-98. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>
28. Alhafez L, Berghella V. Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020 July 21;2(4):100185. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100185>
29. Sagi-Dain L, Kreinin-Bleicher I, Bahous R, Arye NG, Shema T, Eshel A, et al. Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *Int Urogynecol J*. 2020 May 24;31:2377-85. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04332-2>
30. Murena AO, Pereira AN, Evaristo GLO, Santos LG, Barbosa BJP, Cossia T, et al. A prática da episiotomia no Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar* [Internet]. 2023 Sep 6 [cited 2025 July 29];27(9):4865-92. Available from: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/10183>
31. Rocha BD, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Rev Esc Enferm USP*. 2020 Sep 14;54:e03610. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>
32. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:eAPE20180284. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00284>
33. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT, Silva SD, et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Aug 5;26(3):919-29. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>
34. Nakata TN, Colombiano IMC, Rodrigues RMS. Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima. *Femina* [Internet]. 2022 [cited 2025 July 29];50(6):360-6. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1380718>
35. Cabral BTV, Rocha MCS, Almeida VRM, Petrônio CCAD, Azevedo IC, Martins QCS, et al. Non-pharmacological measures for pain relief in childbirth: a systematic review. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2023 June 5;23:e20210439. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000439-en>
36. Carvalho EMP, Amorim FF, Santana LA, Gottems LBD. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2019 June 27;24(6):2135-45. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>
37. Nicolotti CA, Lacerda JT. Avaliação da organização e práticas de assistência ao parto e nascimento em três hospitais de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*? 2022 Nov 28;38(10):e00052922. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT052922>
38. Aragão TEB, Santos ANS. Percepção de puérperas negras sobre os cuidados recebidos no parto. *Rev baiana enferm*. 2023 Oct 26;37:e46421. <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.46421>
39. Saraiva VCS, Campos DS. A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras. *Ciênc. saúde coletiva*. 2023 May 29;28(9):2511-7. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.05182023>

Contribuições dos autores - CRediT

CFR: concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; investigação; metodologia; administração do projeto; validação; escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

KCP: concepção; curadoria de dados; análise formal de dados; investigação; metodologia; administração do projeto; validação; escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

AEPLF: concepção; análise formal de dados; metodologia; administração do projeto; supervisão; validação; escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

CBD: análise formal de dados; metodologia; validação; escrita – rascunho original e escrita – revisão e edição.

Financiamento

Esta pesquisa não recebeu apoio financeiro.

Conflito de interesse

Nenhum.