



ISSN: 2595-1661

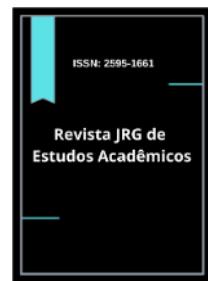
ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



Educação em Saúde como Instrumento de Empoderamento da Gestante: a contribuição do enfermeiro no parto humanizado

Health education as an instrument for empowering pregnant women: the nurse's contribution to humanized childbirth

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2945

ARK: 57118/JRG.v9i20.2945

Recebido: 08/01/2026 | Aceito: 15/02/2026 | Publicado on-line: 17/02/2026

Raquel Arnold¹

<https://orcid.org/0009-0004-1226-510X>
 <http://lattes.cnpq.br/3153557000351480>
ATITUS Educação, RS, Brasil
E-mail: r.arnold82@gmail.com

Clediane Rita Portalupi da Trindade²

<https://orcid.org/0000-0002-4018-8429>
 <http://lattes.cnpq.br/1335557000380514>
ATITUS Educação, RS, Brasil
E-mail: clediane.trindade@atitus.edu.br

Willian Roger Dullius³

<https://orcid.org/0000-0003-3144-378X>
 <http://lattes.cnpq.br/6467517427583106>
ATITUS Educação, RS, Brasil
E-mail: willian.dullius@atitus.edu.br



Resumo

A educação em saúde promovida pelo enfermeiro constitui uma ferramenta essencial para o empoderamento da gestante, contribuindo para um parto humanizado. A humanização do parto implica reconhecer a mulher como protagonista do processo reprodutivo, respeitando suas escolhas, direitos e autonomia. Este estudo tem como objetivo descrever e refletir sobre o papel do enfermeiro no empoderamento da parturiente. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, elaborada a partir de artigos, relatórios e outros materiais nacionais, obtidos nas bases Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de 2010 a 2025. O trabalho analisa a humanização do parto e a área da obstetrícia, abordando tópicos como: papel do enfermeiro na atenção ao pré-natal de baixo risco; humanização do parto e atuação do enfermeiro; busca pelo parto domiciliar; mediação das relações multiprofissionais; desafios e limitações, na prática, profissional; e prevenção e enfrentamento da violência obstétrica. Os achados evidenciam que a atuação acolhedora e educativa do enfermeiro favorece a construção de vínculos de confiança, promove a autonomia da mulher e contribui para a prevenção da violência obstétrica.

1 Graduanda em Enfermagem pela ATITUS Educação.

2 Graduada em Enfermagem. Mestra em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da ATITUS Educação.

3 Graduado em Enfermagem. Mestre em Psicologia. Doutor em Envelhecimento. Docente do Curso de Enfermagem da ATITUS Educação.



Palavras-chave: *Violência obstétrica. Empoderamento. Enfermeiros obstétricos. Parto humanizado. Educação em saúde.*

Abstract

Health education promoted by nurses is an essential tool for empowering pregnant women, contributing to a more humanized childbirth experience. Humanizing childbirth involves recognizing the woman as the protagonist of the reproductive process, respecting her choices, rights, and autonomy. This study aims to describe and reflect on the role of nurses in empowering women during labor. It is a narrative literature review based on national articles, reports, and other materials obtained from the databases Google Scholar, Virtual Health Library (VHL), and Scientific Electronic Library Online (SciELO), covering the period from 2010 to 2025. The study analyzes childbirth humanization and the field of obstetrics, addressing topics such as: the nurse's role in low-risk prenatal care; humanization of childbirth and nursing practice; the pursuit of home birth; mediation of multiprofessional relationships; practical challenges and limitations in professional practice; and the prevention and management of obstetric violence. The findings highlight that the nurse's welcoming and educational approach fosters the development of trust-based relationships, promotes women's autonomy, and contributes to the prevention of obstetric violence.

Keywords: *Obstetric violence. Empowerment. Obstetric nurses. Humanized childbirth. Health education.*

1. Introdução

Humanizar significa tornar-se humano, envolver sentimentos e emoções em uma determinada situação (Pereira *et al.*, 2022). Quando falamos em humanização do parto, falamos da mulher como sujeito de direitos, que deve receber atenção, cuidado e respeito em todas as etapas, desde a gestação até o puerpério, com informações claras, apoio às suas escolhas e ausência de qualquer forma de violência. O conceito de parto humanizado ultrapassa a ideia de minimizar a dor ou proporcionar conforto; refere-se, sobretudo, à garantia de autonomia, satisfação e segurança para a gestante, assegurando um parto mais tranquilo e saudável (Silva *et al.*, 2021).

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Humanização (PNH) (Brasil, 2003), visando melhorar a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política busca um cuidado acolhedor e respeitoso, que valorize usuários, profissionais e gestores, fortalecendo vínculos, estimulando a participação do usuário nas decisões sobre seu cuidado e promovendo ambientes colaborativos. Em 2011, foi criada a Rede Cegonha (Brasil, 2011), com foco na assistência humanizada durante a gestação, parto, nascimento e primeiros anos de vida da criança, objetivando reduzir a mortalidade materna e infantil. Mais recentemente, em 2024, o Governo Federal lançou a Rede Alyne (Brasil, 2024), que reestrutura a Rede Cegonha e propõe reduzir em 25% a mortalidade materna, cujas taxas evitáveis no Brasil afetam principalmente mulheres negras e pardas.

O empoderamento da gestante está relacionado à aquisição de autonomia, informação e capacidade de decisão ao longo da gravidez, parto e pós-parto, permitindo que a mulher assuma o protagonismo sobre seu corpo e experiências reprodutivas (Souza *et al.*, 2022). Esse empoderamento ocorre, sobretudo, quando a mulher, munida de conhecimentos prévios, transforma relações de poder, rompe padrões autoritários e participaativamente com a equipe de saúde na gestão de seus interesses. Assim, ao



conhecer seus direitos e exercer o poder de escolha, o parto torna-se um momento mais tranquilo e respeitoso (Pereira *et al.*, 2022).

O acesso à informação é elemento central nesse processo, ao assegurar à parturiente a autonomia para aceitar ou recusar procedimentos. Contudo, a ausência de clareza sobre direitos e formas de exercê-los restringe essa autonomia. Reconhece-se que cabe ao profissional de saúde avaliar riscos e indicar intervenções quando necessárias; entretanto, quando essas práticas são impostas de forma padronizada e autoritária, sem consentimento informado, a autonomia da mulher é comprometida, reduzindo seu protagonismo (Reis *et al.*, 2017).

Nesse contexto, o enfermeiro se destaca como profissional capaz de criar vínculos com a gestante, oferecendo segurança por meio de escuta qualificada, fornecimento de informações claras e apoio às escolhas. Sua atuação promove conhecimento, fortalece a mulher contra práticas abusivas ou coercitivas e contribui para a redução da violência obstétrica (Pereira *et al.*, 2022). Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012), o enfermeiro tem autonomia para acompanhar gestações de baixo risco e, na atenção básica, é a linha de frente no cuidado, desenvolvendo ações educativas, construindo vínculos e estimulando a reflexão crítica da gestante sobre seu processo de saúde.

Historicamente, o parto era conduzido por parteiras, em um ambiente íntimo e feminino, respeitando seu caráter fisiológico. Com os avanços tecnológicos e a institucionalização do parto, este passou a ser realizado majoritariamente em hospitais, sob regras rígidas e protocolos médicos, conduzidos por profissionais em sua maioria homens. Essa mudança resultou no aumento das cesarianas e na ocorrência de violência obstétrica, com desvalorização da autonomia feminina (Pereira *et al.*, 2022).

No Brasil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de cesarianas não ultrapasse 15%. Entretanto, os índices nacionais chegam a 55,6%, sendo ainda mais elevados na rede privada (84,6%). Em 2017, dos 2,7 milhões de partos registrados, somente 58,1% foram normais, enquanto 41,9% ocorreram por cesariana. Considerando a predominância hospitalar, estes números se tornam relevantes. (Silva *et al.*, 2021).

A violência obstétrica, embora seja um conceito recente, vem sendo denunciada há décadas. Ela se caracteriza por atendimentos desumanizados durante a gestação, parto ou puerpério, incluindo abusos físicos, verbais e psicológicos, além de intervenções excessivas e desrespeito à autonomia feminina (Martins *et al.*, 2019). Apesar de, em muitos casos, a cesariana ser apresentada como opção, trata-se frequentemente de uma decisão influenciada pela persuasão médica e institucional, e não da autonomia da gestante. Esse cenário reforça a medicalização excessiva e contribui para a negação de direitos (Silva *et al.*, 2021).

Diante do exposto, este artigo tem como objetivo descrever e refletir sobre o papel do enfermeiro no processo de empoderamento da parturiente, destacando sua relevância na promoção da humanização do cuidado, na garantia da autonomia feminina e na preservação dos direitos das mulheres durante o processo de parturição.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo que, para alcançar os objetivos gerais e específicos, recorreu à pesquisa bibliográfica, tendo como método a revisão narrativa da literatura (Martins; Theóphilo, 2009). A pesquisa foi construída a partir de artigos, relatórios e outros materiais nacionais, clássicos e contemporâneos já publicados. Segundo Ercole, Melo e Alcoforado (2014), a revisão narrativa permite ao pesquisador abordar uma temática amplamente, constituindo-se em um método no qual a seleção e a



análise dos documentos ocorrem mediante a percepção e interpretação crítica do pesquisador.

Como recursos de pesquisa, foram utilizadas a base de dados digital Google Acadêmico e as bibliotecas BVS e Scientific Electronic Library (SciELO). A coleta dos documentos foi realizada por meio do uso das seguintes palavras-chave: gestantes, violência obstétrica, papel do profissional de enfermagem, empoderamento, participação do paciente, enfermeiros, enfermeiros obstétricos, parto humanizado e educação em saúde. Adotou-se como recorte temporal o período de 2010 a 2025. O critério de inclusão e exclusão dos documentos consistiu na pertinência do material à temática investigada.

3. Resultados e Discussão

3.1 O papel do enfermeiro na atenção ao pré-natal de baixo risco

A promoção da saúde ocorre de forma mais eficaz quando realizada por meio da educação em saúde. Essa prática representa um cuidado direcionado à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido, contribuindo para o desenvolvimento de uma visão crítica e reflexiva sobre o próprio cuidado e o da família. Está intrinsecamente ligada ao ato de cuidar e integra as atribuições dos profissionais de saúde, que também desempenham o papel de educadores. A prática educativa na assistência à saúde é fundamental para as mulheres conhecerem e exercerem seus direitos. O pré-natal constitui o momento mais oportuno para promover a educação em saúde e o empoderamento da gestante, preparando-a para o parto (Pavani; Ávila, 2020).

O plano de parto é um instrumento elaborado durante o pré-natal, no qual a gestante, devidamente orientada sobre o processo de nascimento, registra suas escolhas e expectativas, fortalecendo sua autonomia. Construído com o apoio do enfermeiro da atenção básica, a partir de um acolhimento respeitoso, essa ferramenta favorece a comunicação, o vínculo entre profissional e gestante e a educação em saúde, estabelecendo uma relação colaborativa. Para tanto, é indispensável a capacitação profissional, a fim de garantir a efetiva aplicação do plano de parto, desde a atenção básica até o ambiente hospitalar (Anselmo *et al.*, 2024).

No cuidado à gestante, o plano de parto é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1996, sendo considerado uma estratégia relevante para orientar, alinhar expectativas e respeitar os desejos da mulher. Seu objetivo é reduzir intervenções desnecessárias, favorecer um parto natural e humanizado, além de reforçar a autonomia feminina (Anselmo *et al.*, 2024; Medeiros *et al.*, 2019).

A ausência de informações adequadas durante a gestação está entre as principais preocupações das gestantes. Frequentemente, os profissionais de saúde oferecem orientações incompletas, o que leva essas mulheres a recorrerem a fontes pouco confiáveis, comprometendo sua autonomia e participação ativa no processo de parto (Anselmo *et al.*, 2024). Durante o trabalho de parto, é essencial que a mulher seja informada sobre cada procedimento, comprehenda o que está ocorrendo e tenha suas vontades e escolhas respeitadas em todas as etapas (Pavani; Ávila, 2020).

A mulher que, durante a gestação, busca atendimento na unidade básica de saúde e tem esse atendimento negado, ou enfrenta qualquer tipo de dificuldade no serviço de pré-natal, como comentários humilhantes relacionados à sua cor, idade, religião, escolaridade, estado civil, classe social, orientação sexual, número de filhos, ou ofensas dirigidas a ela ou à sua família, está sendo vítima de violência obstétrica. Também se configura como tal o agendamento de cesariana sem recomendação baseada em evidências científicas. Cabe ao enfermeiro adotar uma prática mais humana e acolhedora,



coibindo comportamentos que caracterizam violência obstétrica (Coimbra; Santos; Santos, 2021; Martins *et al.*, 2019).

A enfermagem obstétrica exerce um papel essencial desde a gestação até o parto, pois o enfermeiro acompanha e oferece assistência à mulher durante todo esse processo. Sua atuação transcende os aspectos técnicos, englobando o acolhimento, a escuta qualificada e o fortalecimento da autonomia feminina. Sua formação é pautada nos princípios da integralidade (Ribeiro *et al.*, 2025).

A Lei nº 7.498/86 (COFEN, 2023), que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, assegura ao enfermeiro autonomia para realizar diversas atividades, como a consulta de enfermagem à gestante, o acompanhamento do parto e do puerpério, a assistência ao parto sem complicações e ações educativas voltadas à promoção da saúde (Pavani; Ávila, 2020). Segundo o Ministério da Saúde, o enfermeiro está habilitado a conduzir integralmente o pré-natal de gestantes de baixo risco, adotando uma abordagem participativa e adequada ao contexto de cada mulher (Pereira *et al.*, 2022).

Dessa forma, evidencia-se que a promoção da saúde e a educação em saúde são fundamentais para o fortalecimento da mulher durante a gestação e o parto. O enfermeiro desempenha um papel central nesse processo, sendo responsável por orientar, acolher e proporcionar segurança à gestante em suas decisões. O plano de parto é uma ferramenta que reforça essa autonomia e estreita o vínculo entre a mulher e o profissional, promovendo uma relação de respeito e confiança. Mais do que cuidar dos aspectos técnicos, o enfermeiro deve reconhecer a mulher como protagonista do seu próprio parto, assegurando que suas escolhas sejam respeitadas e combatendo qualquer forma de violência obstétrica, promovendo, assim, um cuidado verdadeiramente humanizado.

3.2 A humanização do parto e a atuação do enfermeiro

O parto representa um momento de profunda intensidade e transformação, sendo uma experiência que marca permanentemente a vida da mulher. Trata-se de um processo fisiológico de preparação para a maternidade, no qual ela vivencia sensações e emoções capazes de fortalecer-lhe enquanto mulher e mãe. No entanto, durante o trabalho de parto, é comum que a mulher se sinta vulnerável, pois se trata de uma experiência extrema, permeada por dor, esforço físico e pelo temor de possíveis complicações ou da perda do bebê (Martins *et al.*, 2019).

O enfermeiro exerce um papel fundamental na promoção de uma experiência positiva e acolhedora durante o parto normal, incentivando o curso fisiológico do nascimento e evitando intervenções desnecessárias. Sua atuação deve estar pautada no respeito à autonomia da mulher, garantindo que suas decisões sejam ouvidas e valorizadas. A tomada de decisão compartilhada entre a parturiente e o profissional de saúde é essencial para assegurar um cuidado centrado na mulher, que considere suas escolhas, crenças, necessidades e preferências. Dessa forma, o enfermeiro contribui significativamente para a construção de um ambiente acolhedor, seguro e respeitoso durante todo o processo do parto, ajudando a preservar a beleza desse momento e evitando que se transforme em uma recordação dolorosa (Pavani; Ávila, 2020).

O acesso à informação é igualmente essencial para a mulher exercer sua autonomia na aceitação ou recusa de determinados procedimentos durante o parto. Quando não há clareza sobre seus direitos ou sobre como exercê-los, essa autonomia é comprometida. Embora seja responsabilidade do profissional de saúde avaliar riscos e indicar intervenções quando necessárias, essas condutas não devem ser realizadas de forma rígida e autoritária. A ausência de consentimento informado compromete a autonomia da mulher e enfraquece seu papel de protagonista no parto (Reis *et al.*, 2017).



Durante o parto, o enfermeiro obstetra é o profissional que estabelece diálogo com a mulher, cria vínculo, oferece apoio e auxilia no enfrentamento da dor. Essa interação proporciona segurança à parturiente, reconhecendo-a como protagonista do momento do nascimento. É importante compreender que, diante da dor, a mulher pode apresentar comportamentos que normalmente não teria, o que torna ainda mais necessário que ela seja acolhida, orientada com respeito e tratada com ética (Coimbra; Santos; Santos, 2021).

O enfermeiro também deve assegurar o cumprimento do direito à presença de um acompanhante. O apoio do parceiro ou de um familiar escolhido pela gestante proporciona segurança emocional por meio de gestos e palavras de conforto, contribuindo para o alívio da dor com o uso de métodos não farmacológicos (Pereira *et al.*, 2022).

Dessa forma, evidencia-se que o enfermeiro desempenha um papel essencial no parto, não apenas na execução de procedimentos técnicos, mas, sobretudo, no cuidado humanizado e no apoio emocional à mulher. Ao adotar uma postura acolhedora, baseada no diálogo e no respeito às escolhas da parturiente, o profissional contribui para que o parto seja vivenciado de forma mais segura, confiante e positiva. Garantir o direito a um acompanhante, oferecer informações claras e utilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor são práticas que fortalecem a autonomia feminina e valorizam a mulher como protagonista do seu próprio parto. Assim, o enfermeiro consolida-se como um agente fundamental na construção de uma assistência mais digna, respeitosa e centrada na mulher.

3.3 Prevenção e enfrentamento da violência obstétrica

O Brasil apresenta índices preocupantes de partos cirúrgicos e taxas elevadas de mortalidade materna e neonatal. O agendamento de cesarianas tornou-se uma prática conveniente para muitos médicos, substituindo a imprevisibilidade do parto normal pela comodidade de horários previamente definidos. O aumento desse tipo de procedimento nas últimas décadas está relacionado a fatores como maior remuneração, economia de tempo e a possibilidade de realização de laqueaduras no mesmo ato cirúrgico. Como consequência, diversos obstetras passaram a se sentir menos preparados para conduzir partos normais, consolidando uma cultura pró-cesariana tanto entre os profissionais quanto na sociedade (Zanardo *et al.*, 2017).

Mesmo quando expressam o desejo de ter um parto normal no início da gestação, muitas mulheres acabam sendo persuadidas a mudar de opinião ao longo dos meses, por meio de justificativas infundadas. Gradualmente e de forma implícita, a confiança que essas mulheres tinham em sua capacidade de parir é minada, levando-as, por medo e insegurança, a aderirem ao modelo obstétrico tecnocrático. No entanto, quando têm acesso a informações baseadas em estudos e evidências científicas, tornam-se aptas a questionar procedimentos e rotinas impostas pelas instituições de saúde (Sanfelice; Shimo, 2015).

A formação dos profissionais de saúde, especialmente dos médicos, influencia diretamente o modelo de atendimento vigente e a resistência a mudanças. A educação médica tem sido criticada por não contemplar uma abordagem humanizada, comprometendo a relação interpessoal com o paciente, reduzindo-o a um objeto de intervenção, em vez de reconhecê-lo como sujeito de direitos (Coimbra; Santos; Santos, 2021).

Definir o que constitui violência é um desafio, ao envolver múltiplos fatores, como história, cultura, relações sociais e o contexto em que ocorre. Não se pode discutir violência sem considerar a realidade em que ela se manifesta, ao ser a partir desse



contexto social que ela ganha forma (Coimbra; Santos; Santos, 2021). Muitas gestantes enfrentam situações de constrangimento devido à falta de informação e ao receio de questionar os procedimentos realizados durante o trabalho de parto. A ausência de diálogo pode levar essas mulheres a aceitarem intervenções e situações desconfortáveis sem contestação, permitindo a exploração de seus corpos por diferentes profissionais (Zanardo *et al.*, 2017).

Embora existam diversos estudos que abordam a violência obstétrica e suas consequências negativas à saúde da mulher, o Brasil ainda não dispõe de uma legislação específica que caracterize e puna essa forma de violência. Assim, caso a mulher se sinta lesada em seus direitos, pode recorrer ao Poder Judiciário pleiteando somente indenização por danos morais, uma vez que a violência obstétrica não está tipificada em lei. A ausência de dispositivos legais que coíbam efetivamente essa prática contribui para sua perpetuação e implica na violação dos direitos fundamentais de inúmeras mulheres em um momento singular e de extrema relevância em suas vidas (Coimbra; Santos; Santos, 2021).

Com o aumento dos partos hospitalares e a crescente taxa de cesarianas sem justificativa clínica, torna-se urgente a realização de pesquisas que investiguem a assistência ao parto, considerando todas as particularidades da gestação, desde o pré-natal até o pós-parto. Esse cenário exige uma ruptura com práticas que ainda perpetuam a violência obstétrica (Coimbra; Santos; Santos, 2021).

Além disso, o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS) tem contribuído para a dificuldade de acesso a leitos hospitalares durante o trabalho de parto, conforme relatado por diversas mulheres. Nesse contexto, é essencial ampliar a oferta de leitos e melhorar a infraestrutura das maternidades, a fim de reduzir esse tipo de violência obstétrica e garantir uma assistência digna e segura (Coimbra; Santos; Santos, 2021).

3.4 Busca pelo parto domiciliar

Historicamente, a assistência ao parto evoluiu do ambiente domiciliar, conduzido por parteiras e vivenciado como um evento familiar, para um modelo institucional centrado no médico, caracterizado pela medicalização e pelo uso frequente de intervenções. Nos últimos anos, observa-se um movimento de resgate do parto como experiência familiar, valorizando a autonomia da mulher e reconhecendo o domicílio como uma opção segura, desde que associado a planejamento adequado e recursos necessários (Santos *et al.*, 2018). Para exercer essa autonomia, algumas mulheres têm optado pelo parto domiciliar, acompanhado por enfermeiras obstétricas e doulas (Pereira *et al.*, 2022), embora o Ministério da Saúde não recomende essa prática no Brasil, conforme a Norma Técnica n.º 2/2021 (Brasil, 2021). A justificativa oficial é que o ambiente hospitalar oferece maior segurança por dispor de equipe assistencial completa e recursos para manejo de intercorrências, além de reforçar a necessidade de ampliar e qualificar a rede de atenção materno-infantil, visando melhores desfechos para mães, bebês e famílias (Brasil, 2021).

Apesar de representar uma parcela reduzida dos nascimentos, o parto domiciliar tem suscitado debates intensos no campo político, acadêmico e científico. Para a medicina contemporânea, parir em casa é frequentemente interpretado como um retrocesso frente aos avanços tecnológicos, sendo associado a riscos para mãe e bebê. Essa percepção revela uma compreensão limitada das razões que levam algumas mulheres a optar pelo parto domiciliar, abrindo mão da tecnologia e da aparente segurança hospitalar (Sanfelice; Shimo, 2015).



No contexto do parto domiciliar planejado (PDP), a enfermeira obstétrica assume papel central, respaldada legalmente para acompanhar o pré-natal e conduzir partos normais de baixo risco. Sua prática é reconhecida pela adoção criteriosa de intervenções, contribuindo para reduzir procedimentos desnecessários e aumentar a satisfação materna. Esses resultados decorrem do respeito à fisiologia do parto e do uso mínimo de intervenções. Para garantir segurança, é imprescindível realizar avaliação rigorosa das gestantes, assegurar a presença de profissional qualificado e manter atualização constante com base em evidências científicas. Além disso, na assistência domiciliar, essas profissionais devem possuir habilidades específicas para monitoramento contínuo, identificação precoce de sinais de risco, suporte básico de vida e estabilização da mulher e do recém-nascido até a transferência hospitalar, quando necessário (Santos *et al.*, 2018).

Embora existam iniciativas que busquem ampliar a autonomia da mulher, o direito à escolha do local de parto ainda não é plenamente garantido no Brasil. Em âmbito internacional, é amplamente reconhecido que as mulheres devem ter acesso a informações de qualidade para decidir conscientemente onde se sentem mais seguras para parir. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) recomenda que essa escolha seja baseada no sentimento de segurança da mulher, seja no domicílio, em casas de parto ou em hospitais. No entanto, SUS não contempla o parto domiciliar como opção assistencial, restringindo essa escolha às mulheres com condições financeiras para custear o serviço (Cursino; Benincasa, 2020).

As decisões sobre o tipo e local de parto são influenciadas por fatores como escolaridade, condição socioeconômica, experiências pessoais e acesso à informação. No caso do parto domiciliar, a escolha é mais frequente entre mulheres com maior nível de instrução, favorecendo o acesso a evidências científicas e possibilita análise crítica das práticas obstétricas. Assim, ao se apropriarem dessas informações, essas mulheres sustentam suas decisões com maior segurança, realizando escolhas conscientes e alinhadas às suas convicções (Sanfelice; Shimo, 2015).

Em síntese, o parto domiciliar planejado configura-se como alternativa viável e segura quando realizado com responsabilidade, critérios bem definidos e acompanhamento profissional qualificado. Mais do que uma escolha sobre o local do nascimento, trata-se de uma decisão que expressa o desejo de autonomia, de um ambiente acolhedor e tranquilo, de um nascimento humanizado e do protagonismo feminino em um dos momentos mais significativos da vida. Apesar das limitações impostas pelas políticas públicas e das controvérsias que permeiam o tema, é fundamental reconhecer que toda mulher deve ter o direito de escolher, de forma informada e consciente, onde e como deseja parir. Nesse processo, a atuação da enfermeira obstétrica é essencial para garantir uma assistência segura, humanizada e centrada na mulher, que conte com tanto os aspectos técnicos quanto emocionais desse evento singular.

3.5 O enfermeiro como mediador das relações multiprofissionais

A ausência de autonomia da mulher durante o parto frequentemente a submete a orientações impostas por profissionais que, muitas vezes, desconsideram suas necessidades e desejos. Essa prática resulta na negação do direito de escolha sobre como parir e na realização de intervenções desnecessárias e dolorosas, sem respaldo científico, como raspagem dos pelos pubianos, episiotomias rotineiras, enemas e indução forçada do parto. Outras formas de desrespeito incluem impedir a presença de um acompanhante, tratar a parturiente com agressividade ou deboche e separar o bebê da mãe sem justificativa clínica (Pavani; Ávila, 2020).



No parto normal, ainda são aplicados procedimentos sem embasamento científico, como privar a mulher de alimentação ou ingestão de líquidos, realizar tricotomia, manobra de Kristeller, uso excessivo de fórceps, enemas, administração indiscriminada de hormônios sintéticos e restrição da liberdade para escolher a posição mais confortável durante o trabalho de parto (Pereira *et al.*, 2022). Essas práticas, evitáveis e desnecessárias, contribuem para uma percepção negativa do parto natural, associando-o ao sofrimento físico e psicológico.

A escolha da via de parto pela mulher deve ser respeitada, desde que as vantagens e desvantagens de cada opção sejam apresentadas de forma clara e objetiva. A dor do parto fisiológico é um dos principais fatores que levam muitas gestantes a optar pelo parto cirúrgico. Essa escolha também deve ser respeitada, pois obrigar a mulher a parir por via vaginal configura um ato de autoritarismo (Pereira *et al.*, 2022; Pavani; Ávila, 2020). Entretanto, há relatos de profissionais que se aproveitam da vulnerabilidade da mulher para induzi-la ao parto cirúrgico por conveniência, desconsiderando critérios clínicos e evidências científicas (Pereira *et al.*, 2022).

Nesse contexto, destaca-se a campanha lançada pela UNICEF em 2017, que alerta para os riscos do nascimento antecipado, como maior probabilidade de mortalidade neonatal, necessidade de internação em UTI, uso de ventilação mecânica e possíveis prejuízos no desenvolvimento cognitivo ao longo da vida. A iniciativa reforça a importância de respeitar o tempo fisiológico do corpo e aguardar o início espontâneo do trabalho de parto, garantindo o direito da mulher a um parto seguro e natural (UNICEF, 2017). A única forma plenamente segura de assegurar que o bebê está pronto para nascer é aguardar o início espontâneo do trabalho de parto, com acompanhamento adequado para prevenir complicações.

Humanizar a relação entre profissionais de saúde e pacientes exige mudanças na formação acadêmica e, na prática, assistencial, adotando uma postura acolhedora e repensando o modelo biomédico tradicional. A humanização deve ser incorporada tanto no ensino quanto, na prática, profissional, como estratégia para reduzir a violência obstétrica, promover a escuta ativa da gestante e assegurar seu protagonismo durante o parto (Coimbra; Santos; Santos, 2021).

Para coibir práticas abusivas, o enfermeiro deve realizar uma avaliação integral e contextual da mulher em todo o ciclo gestacional, antes, durante e após o parto. Por meio da criação de vínculos de confiança e da educação em saúde, busca-se promover a autonomia feminina e estimular mudanças de comportamento que contribuam para a superação de paradigmas. A humanização do parto fundamenta-se na adoção de práticas baseadas em evidências científicas, garantindo segurança e bem-estar à protagonista desse processo: a mulher. Considerando o papel do enfermeiro como educador em saúde, é sua responsabilidade atuar na prevenção da violência obstétrica, disseminando informações e fortalecendo o empoderamento das gestantes (Pereira *et al.*, 2022).

Em síntese, garantir a autonomia da mulher durante o parto é essencial para a construção de uma assistência verdadeiramente humanizada. O respeito às escolhas, a escuta ativa e a adoção de práticas fundamentadas em evidências são elementos-chave para prevenir a violência obstétrica e promover uma experiência positiva de nascimento. O enfermeiro desempenha papel central nesse processo, atuando como mediador entre a gestante e a equipe multiprofissional, orientando, acolhendo e assegurando que cada decisão seja tomada de forma consciente e informada. Mais do que uma questão técnica, trata-se de um compromisso ético e humano, que reconhece a mulher como protagonista do parto e valoriza sua vivência como um momento único, de respeito, empoderamento e vida.



3.6 Desafios e limitações, na prática, profissional

Os profissionais de saúde vêm se afastando de sua essência: o cuidado centrado no ser humano. As maternidades passaram a operar como verdadeiras linhas de produção, nas quais o cumprimento rigoroso de protocolos se sobrepõe à escuta e à sensibilidade. Nesse contexto, o corpo da mulher é frequentemente desrespeitado e submetido a intervenções que visam acelerar o parto, ignorando a fisiologia natural, as particularidades individuais e o tempo único de cada bebê. Como consequência, multiplicam-se práticas desnecessárias que, muitas vezes, configuram violência obstétrica (Martins *et al.*, 2019).

O cuidado pautado na empatia, no respeito e na comunicação eficaz é essencial para proporcionar uma experiência de parto positiva. A atuação humanizada do enfermeiro contribui para reduzir intervenções desnecessárias e aumentar a satisfação materna, além de prevenir traumas físicos e emocionais. Contudo, a desumanização do parto ainda persiste em diversos serviços de saúde no Brasil. Relatos de mulheres evidenciam experiências marcadas por sofrimento, insegurança, isolamento e procedimentos realizados sem consentimento, revelando a manutenção de um modelo assistencial centrado na hierarquia profissional. A atuação humanizada do enfermeiro é frequentemente dificultada por barreiras institucionais, como protocolos rígidos, falta de recursos e estruturas hierárquicas. Mesmo com preparo técnico e sensibilidade, sua autonomia é limitada. Ademais, a sobrecarga de trabalho e a escassez de apoio da equipe médica comprometem a qualidade da assistência (Ribeiro *et al.*, 2025).

A comunicação deficiente constitui outro obstáculo relevante, exemplificado pela baixa adesão ao plano de parto. Muitas gestantes relatam não receber orientações adequadas durante as consultas, reforçando a percepção equivocada de que essa ferramenta é pouco efetiva. A construção do plano de parto é complexa, pois gestantes e acompanhantes enfrentam dificuldades para compreender suas possibilidades, especialmente devido ao modelo hospitalar que restringe escolhas femininas. A ausência de capacitação profissional agrava essa situação, perpetuando práticas obsoletas e limitando a autonomia da mulher. Apesar de sua relevância, o plano de parto ainda é subutilizado e desvalorizado por muitos profissionais, prejudicando a comunicação entre equipe e gestante e enfraquecendo a humanização da assistência (Anselmo *et al.*, 2024).

O Brasil dispõe de políticas públicas e programas voltados à gestante, ao parto e ao nascimento humanizado, visando garantir direitos, reduzir a mortalidade materna e neonatal e assegurar acompanhamento desde o planejamento da gestação até o puerpério. Entre os marcos históricos, destaca-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, que estabeleceu diretrizes para acesso, qualidade e acolhimento no pré-natal, parto e puerpério, incluindo consultas mínimas, exames básicos, vacinação e vínculo com maternidade de referência (Brasil, 2002). Em 2003, surgiu a Política Nacional de Humanização (PNH – HumanizaSUS), abrangendo todas as áreas do SUS e garantindo acolhimento com classificação de risco, direito a acompanhante (Lei 11.108/2005), protagonismo da mulher e melhoria dos espaços físicos (Brasil, 2003; Brasil, 2005). Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) reforçou direitos sexuais e reprodutivos, assistência humanizada e combate à violência obstétrica (Brasil, 2004). Já em 2017, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Apice-On, voltado ao aprimoramento do cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia, fundamentado em princípios de humanização e segurança (Pereira *et al.*, 2022). Em 2023, a Lei do Parto Humanizado alterou a Lei 8.080/90, garantindo às mulheres o direito de serem acompanhadas por uma pessoa maior de idade



em consultas, exames, internações e procedimentos, tanto em serviços públicos quanto privados (Brasil, 2025). A Rede Cegonha, criada em 2011, buscou assegurar atenção integral à saúde da mulher e da criança, substituída em 2024 pela Rede Alyne, que manteve seus princípios, mas corrigiu desigualdades raciais e regionais, homenageando Alyne Pimentel, vítima de negligência médica (Brasil, 2011; Brasil, 2024).

Apesar dos avanços proporcionados por essas políticas e programas, persistem desafios para consolidar um cuidado verdadeiramente centrado na mulher. A desumanização e a falta de escuta ainda permeiam diversos serviços, refletindo um modelo que privilegia a técnica em detrimento da sensibilidade. O enfermeiro, com formação voltada para o cuidado integral, desempenha papel essencial nesse processo de transformação, promovendo diálogo, acolhimento e respeito à autonomia da gestante. Somente com profissionais conscientes de sua responsabilidade ética e humana será possível garantir uma assistência justa, empática e verdadeiramente humanizada, na qual cada mulher seja reconhecida como protagonista do seu parto.

4. Considerações Finais

O presente artigo teve como objetivo descrever e refletir sobre o papel do enfermeiro no empoderamento da parturiente. A humanização do parto, que reconhece a mulher como sujeito de direitos e assegura sua autonomia, permanece como um desafio no Brasil, apesar dos avanços promovidos por políticas públicas, como a Política Nacional de Humanização e a Rede Alyne. Nesse contexto, o enfermeiro se destaca como mediador entre a parturiente e a equipe de saúde, criando um ambiente acolhedor e seguro que favorece o protagonismo da mulher durante o parto. Por meio da educação em saúde e do acompanhamento contínuo, contribui para a redução da violência obstétrica e para a promoção de um parto respeitoso e humanizado. Sua atuação, fundamentada na escuta ativa e no respeito às escolhas da gestante, é essencial para uma assistência que transcenda a dimensão técnica e conte com aspectos emocionais e psicológicos desse momento singular.

Apesar dos avanços nas políticas públicas, persistem barreiras institucionais e culturais que dificultam a implementação plena da humanização. Entre os principais obstáculos, destacam-se a medicalização excessiva, a resistência à adoção de práticas baseadas em evidências científicas e a insuficiente capacitação dos profissionais para utilização adequada do plano de parto. Reitera-se, portanto, a relevância do papel do enfermeiro na humanização do parto, bem como a necessidade de mudanças estruturais nas práticas assistenciais e nas políticas públicas, visando garantir a autonomia das mulheres e combater a violência obstétrica.

Nesse cenário, a formação continuada e a valorização do cuidado integral são fundamentais para o enfermeiro exercer sua função eficazmente, assegurando a segurança e a satisfação da mulher. É imprescindível que a atuação dos profissionais de saúde esteja alinhada aos direitos da parturiente, respeitando suas escolhas e promovendo uma assistência que garanta dignidade e bem-estar. Recomenda-se que futuras pesquisas investiguem a efetividade das políticas públicas voltadas ao parto humanizado, analisando seus impactos na redução da violência obstétrica e no fortalecimento dos direitos das gestantes, com ênfase em estratégias que envolvam não somente os profissionais de saúde, mas também a educação das mulheres para o exercício pleno de sua autonomia.



Referências

ANSELMO, Samara Raiany Borges de; MARTINS, Francisca Juliana Grangeiro; LUNA NETO, Raimundo Tavares de; NÓBREGA, Riani Joyce Neves; LIMEIRA, Clélia Patrícia da Silva; SILVESTRE, Rian Clares; SILVA, Helton Colares da; BARRETO, Juliana Alexandra Parente Sa. Plano de parto como ferramenta de empoderamento a gestante: revisão integrativa de literatura. **Saúde Coletiva** (Barueri), [S.L.], v. 14, n. 91, p. 13612-13617, 26 nov. 2024. Disponível em:

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2024v14i91p13612-13617>. Acesso em: 17 set. 2025.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm Acesso em: 24 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_gestante_8ed_rev.pdf Acesso em: 22 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus2003.pdf Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 02/2021 GVIMS/GGTES/ANVISA - REVISADA - Critérios Diagnósticos de IRAS**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nt-022021-revisada-criterios-diagnosticos-de-iras-050521.pdf> view Acesso em: 27 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf Acesso em: 12 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/csvgvNHzkYX4xM4p4gJXrVt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 30 ago. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Materna**. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-materna> Acesso em: 12 out. 2025.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986 – alterada pelas Leis nºs 14.434/2022 e 14.602/2023**. 2023. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986/> Acesso em: 23 set. 2025.

COIMBRA, Hellen; SANTOS, Luzia Ferreira dos; SANTOS, Marcos Vinícius Ferreira. A humanização do parto e da equipe multiprofissional como instrumento de rompimento com a violência obstétrica. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 12, p. e217101220496, 18 set. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20496>. Acesso em: 10 set. 2025.

CURSINO, Thaís Peloggia; BENINCASA, Miria. Parto domiciliar planejado no Brasil: uma revisão sistemática nacional. **Ciéncia & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1433-1444, abr. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.13582018>. Acesso em: 10 set. 2025.

ERCOLE, Flávia Falcí; MELO, Laís Samara de; ALCOFORADO, Carla Lúcia Goulart Constant. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Reme-Revista Mineira de Enfermagem**, [S.L.], v. 18, n. 1, p. 9-11, 1 mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>. Acesso em: 5 ago. 2025.

MARTINS, Fabiana Lopes; SILVA, Bruno de Oliveira; CARVALHO, Fábio Luíz Oliveira de; COSTA, Dalmo de Moura; PARIS, Lucio Rogerio Pelizer; GUIDI JUNIOR, Luis Roque; BUENO, Deolinda Marcia Pompeu; DAVID, Marina Leitão. Violência obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, [S.l.], n. 11, p. 413 – 423, 2019. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/034_VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA-Uma-express%C3%A3o-nova-para-um-problema-hist%C3%B3rico.pdf Acesso em: 2 out. 2025.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEÓPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica**. São Paulo: Atlas, p. 143-164, 2009.

MEDEIROS, Renata Marien Knupp; FIGUEIREDO, Graziele; CORREA, Áurea Christina de Paula; BARBIERI, Márcia. Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 40, p. e20180233, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180233>. Acesso em: 15 out. 2025.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **OMS emite recomendações para estabelecer padrão de cuidado para mulheres grávidas e reduzir intervenções médicas desnecessárias**. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2018-oms-emite-recomendacoes-para-estabelecer-padro-cuidado-para-mulheres-gravidas-e#:~:text=OMS%20emite%20recomenda%C3%A7%C3%A7%C3%A9s%20para%20estabelecer>



,Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Pan%2DAmericana%20da%20Sa%C3%BAde Acesso em: 23 out. 2025.

PAVANI, Rhavena Gomides; ÁVILA, Livia Keismanas de. Estratégias de educação em saúde para promoção da autonomia da mulher no trabalho de parto. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, [S.L.], v. 65, n. 1, p. 1-16, 8 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2020.65.042>. Acesso em: 11 out. 2025.

PEREIRA, Kathiely Thaís Omena; WADA, Pamela; PIM, Isabela; BARRETO, Maura Magda Cucolicchio Guedes. O papel do enfermeiro no empoderamento das mulheres em situação de parto. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S.L.], v. 12, n. 39, p. 161-171, 13 set. 2022. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.161-171>. Acesso em: 11 out. 2025.

REIS, Thamiza Laureany da Rosa dos; PADOIN, Stela Maris de Mello; TOEBE, Thayla Rafaella Pasa; PAULA, Cristiane Cardoso de; QUADROS, Jacqueline Silveira de. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 38, n. 1, p. e64677, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>. Acesso em: 5 ago. 2025.

RIBEIRO, Elizete; RAMALHO, Ana Lívia Rodrigues; COSTA, Andressa de Oliveira; NASCIMENTO, Danilo Eduardo Almeida; SOUZA, Felipe Pontes; HIGUCHI, Maurício Ojima; KRIGER, Charlini Schuck Gimenes; OLIVEIRA, Vanessa da Silva. Toxoplasmose na gestação: risco e complicações. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. e79297, 28 abr. 2025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv8n2-381>. Acesso em: 5 out. 2025.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. HOME BIRTH: understanding the reasons for this choice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 24, n. 3, p. 875-882, set. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850014>. Acesso em: 23 set. 2025.

SANTOS, Simone Silva dos; BOECKMANN, Lara Mabelle Milfont; BARALDI, Ana Cyntia Paulin; MELO, Manuela Costa. Resultados de partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 129-136, 12 abr. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769228345>. Acesso em: 29 ago. 2025.

SILVA, Esther Lima da; ANDRADE, Maria Eduarda Arnaud de; CARVALHO, Sarah Stefany de Lima; LEONHARDT, Valéria; BEZERRA, Maria Luiza Rêgo. Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 10, n. 15, p. e528101523275, 2 dez. 2021. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23275>. Acesso em: 15 set. 2025.

SILVA, Esther Lima da; ANDRADE, Maria Eduarda Arnaud de; CARVALHO, Sarah Stefany de Lima; LEONHARDT, Valéria; BEZERRA, Maria Luiza Rêgo. Parto humanizado: benefícios e barreiras para sua implementação. **Research, Society And Development**,



[S.L.], v. 10, n. 15, p. e528101523275, 2 dez. 2021. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.23275>. Acesso em: 22 out. 2025.

SOUZA, Tainá Pereira e; SANTOS, Maria Victória de Almeida; CORGOZINHO, Viviane Aparecida; OLIVEIRA, Maila Martins; ALMEIDA, Camila Souza de; SOUZA, Débora Aparecida Silva. Empoderamento da gestante contra a violência obstétrica. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 6, p. e27611629100, 27 abr. 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29100>. Acesso em: 10 out. 2025.

UNICEF – FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Quem Espera Espera**. 2017. Disponível em:
https://www.unicef.org/brazil/media/3751/file/Quem_espera_espera.pdf Acesso em: 16 set. 2025.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos de; HABIGZANG, Luísa Fernanda. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, [S.L.], v. 29, p. e155043, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>. Acesso em: 17 out. 2025.