

Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem

Obstetric violence and humanization in childbirth. Perception of undergraduate students in Medicine and Nursing

Juliana Alves Costa¹, Juliana de Almeida Silveira², Sebastião Jorge da Cunha Gonçalves³, Maria Cristina Almeida de Souza⁴

Como citar esse artigo. Costa, J.A.; Silveira, J.A.; Gonçalves, S.J.C.; Souza, M.C.A. Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem. Revista de Saúde 2022 Dez/Mar; 13 (1): 28-33.

Resumo

A violência obstétrica (VO) encontra-se em diversas expressões e omissões direcionadas a mulher durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, causando dor e sofrimento desnecessários, desrespeitando sua autonomia e integridade física e mental. A humanização, por sua vez, vem destacando-se na assistência ao parto ao defender o protagonismo feminino da mulher ao parir. Diante disso, a humanização deve ser amplamente inserida na formação acadêmica para que os futuros profissionais atuem de forma a acolher a paciente, respeitando suas vontades e desejos. Teve por objetivo verificar a percepção dos estudantes do internato do Curso de Medicina e do estágio supervisionado do Curso de Enfermagem da Universidade de Vassouras sobre a violência obstétrica e a humanização na assistência ao parto. Foi realizada uma pesquisa transversal, de natureza quantitativa, cujos dados foram coletados, via Google forms®, utilizando-se um questionário estruturado com 10 perguntas. A amostra, por conveniência, não probabilística, foi constituída por 102 estudantes, sendo 72 do curso de medicina e 30 do curso de enfermagem. Dentre as respostas, entre as com maior taxa de divergência estão a realização da manobra de Kristeller e o incentivo ao uso de fórmulas em detrimento ao aleitamento materno exclusivo sem a devida indicação. Já as com maior número de concordância estão: o incentivo ao desmame precoce e a indicação de cesariana sem indicação. Conclui-se que os estudantes, apesar de conhecerem os conceitos de VO, divergiram em suas percepções, sendo os do curso de enfermagem aqueles que alcançaram maior percentual de respostas corretas.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Violência Obstétrica; Humanização da Assistência.

Abstract

Obstetric violence is found in several expressions and omissions directed at women during prenatal care, childbirth and/or puerperium, causing unnecessary pain and suffering, disrespecting their autonomy and physical and mental integrity. Humanization, in turn, has been highlighted in childbirth care by defending the female role of women when giving birth. In view of this, humanization must be widely inserted in academic training so that future professionals can act in a way that welcomes the patient, respecting their wishes and desires. It aimed to verify the perception of students from the medical course and supervised internships of the Universidade de Vassouras Nursing Course on obstetric violence and humanization in childbirth care. A cross-sectional, quantitative survey was carried out, whose data were collected via Google forms®, using a structured questionnaire with 10 questions. The non-probabilistic convenience sample consisted of 102 students, 72 from the medical school and 30 from the nursing course. Among the answers, among those with the highest rate of divergence are the performance of the Kristeller maneuver and the encouragement to use formulas instead of exclusive breastfeeding without proper indication. The ones with the highest number of agreement are: encouraging early weaning and inducing cesarean section without indication. It is concluded that the students, despite knowing the concepts of obstetric violence diverged in their perceptions, and those from the nursing course were those who achieved the highest percentage of correct answers.

Keywords: Humanizing Delivery; Obstetric Violence; Humanization of Assistance.

Introdução

Apesar do tema violência obstétrica (VO) ter sido incluído recentemente nos debates, a agressão à mulher durante a assistência ao parto ainda é registrada em todo o mundo. Uma pesquisa realizada com mulheres brasileiras em espaços públicos e privados revelou que 25% das entrevistadas foram vítimas de violência obstétrica, enquanto que muitas nem sequer têm essa noção devido à falta de conhecimento e de

informação¹.

A violência contra a parturiente caracteriza-se pela perda da autonomia e da capacidade de decidir sobre seu corpo e processo reprodutivo². Assim, configura-se como VO qualquer ato de natureza física, psicológica, sexual e verbal como, por exemplo, a negação de analgesia e do direito ao acompanhante, o uso indiscriminado de procedimentos invasivos e o emprego rotineiro de ocitocina³. A realização indiscriminada da episiotomia também está inclusa como uma das VO, tendo sido

Afiliação dos autores:

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras. Vassouras. RJ. Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2375-3430>

² Discente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras. Vassouras. RJ. Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3513-1268>

³ Docente do curso de Medicina e Enfermagem da Universidade de Vassouras. Vassouras. RJ. Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4228-4641>

⁴ Docente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras. Vassouras. RJ. Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7631-723X>

* Email de correspondência: jujuh.ac@hotmail.com

Recebido em: 20/09/2021. Aceito em: 20/11/2021.

realizada em 2014, em cerca de 56% dos partos de baixo risco⁴.

A hipermedicalização, a falta de autonomia e a coerção profissional sobre o processo de parir têm sido considerados fatores contribuintes para o excesso de cesarianas no Brasil. Consequentemente, na perspectiva da gestante, a cesariana se tornou uma alternativa à violência ou aos maus tratos durante o parto⁵.

A realização de procedimentos não justificados pode acarretar consequências e iatrogenias com efeitos que seriam evitáveis sobre a saúde da mulher e a do recém-nascido, como por exemplo, a distócia no parto, hemorragias, hipóxia neonatal e depressão pós parto^{6,7}. Em 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a VO como uma questão de saúde pública que atinge diretamente as mulheres e seus bebês⁵.

Visando contribuir para a mudança da cultura da sociedade, com a valorização do parto vaginal e a redução de intervenções desnecessárias, ampliaram-se os debates sobre o processo de humanização do parto com o intuito de dimensionar seu alcance em termos de transformação cultural, mobilização social e empoderamento feminino durante toda a gestação até o momento do parto⁸.

O ensino na área de saúde deve incluir a abordagem da prevenção à VO, viabilizando o conhecimento do tema pelo futuro profissional desde a graduação. Assim, poderão em seu processo de trabalho adotarem procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento dos bebês, evitando procedimentos desnecessários e fortalecendo o olhar humanizado⁹.

Tendo em vista a relevância do assunto e sua aplicabilidade no processo de trabalho em saúde, este estudo verificou a percepção dos estudantes do internato do Curso de Graduação em Medicina e do estágio supervisionado do Curso de Enfermagem da Universidade de Vassouras sobre a VO e a humanização na assistência ao parto.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa transversal, de natureza quantitativa, cujos dados foram coletados por meio de um questionário eletrônico estruturado com 10 perguntas objetivas. A amostra, por conveniência, não probabilística, foi constituída por estudantes da Universidade de Vassouras cursando o internato médico (9º ao 12º períodos de Medicina) e o estágio em enfermagem (9º e 10º períodos) nos anos de 2020 e 2021. As perguntas foram elaboradas com base no Dossiê “Parirás com dor”, encaminhado para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito, sobre a violência institucional na assistência à gestação e ao parto, disponível no site do Senado Federal Brasileiro¹⁰.

Devido ao isolamento social instituído pelos órgãos governamentais em decorrência da COVID-19, o instrumento para coleta de dados foi enviado aos estudantes no formato *Google forms*®, por meio de seus endereços eletrônicos. O período da coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2020 e maio de 2021.

O envio do questionário devidamente respondido pelos participantes aos pesquisadores expressou a concordância em participar da pesquisa e também a ciência com o teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de inclusão foram: a) o estudante estar matriculado no 9º, 10º, 11º ou 12º período do curso de Medicina em 2020 ou 2021, e no caso do curso de Enfermagem, no 9º ou 10º período, nos mesmos anos; b) concordar com os termos sobre sua participação livre e esclarecida; c) ter cursado, com aproveitamento, a disciplina de Ginecologia e Obstetrícia (no curso de Medicina) e a de Saúde da mulher (no curso de Enfermagem).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade, sob Parecer nº 4.382.295, de 5 de novembro de 2020.

Resultados

Dos 401 alunos dos cursos de Medicina e de Enfermagem do internato médico e do estágio supervisionado, participaram da pesquisa 102, respectivamente 72 do curso de medicina e 30 de enfermagem.

Informaram conhecer o significado de VO, 98% da amostra, da qual 68 eram alunos da medicina e 30 de enfermagem. Ou seja, todos os participantes do curso de enfermagem tinham conhecimento sobre VO. Quando perguntados se impedir que a parturiente fique na posição da própria preferência na hora do trabalho de parto é considerado VO, 85% alunos responderam positivamente (61 eram do curso de medicina e 24 da enfermagem).

Sobre negar a presença do acompanhante escolhido pela parturiente na hora do parto, 91% dos participantes responderam que tal conduta configura VO (62 e 29, respectivamente do curso de medicina e de enfermagem). Quando questionados se realizar a manobra de Kristeller (que consiste na compressão do fundo uterino durante a fase ativa do período expulsivo do trabalho de parto, objetivando a sua abreviação) é considerado VO, 91% dos participantes afirmaram que sim, destes 63 eram acadêmicos de medicina e 28 da enfermagem. Tabela 1.

Quanto à realização da episiotomia (incisão no períneo) de forma rotineira e sem aviso prévio a parturiente, 67 dos acadêmicos de medicina e 29 de enfermagem (96% dos participantes) consideram forma de VO. Já quando perguntados sobre a restrição à livre

movimentação da mulher em trabalho de parto ser considerada uma forma de VO, 90% dos participantes disseram que sim, sendo 64 do curso de medicina e 26 da enfermagem.

Quando questionados se induzir a parturiente a realizar cesariana por crenças do senso comum é considerada uma VO, 90% dos alunos responderam sim (68 da medicina e 22 da enfermagem). Em relação a prestar informações em linguagem pouco acessível ser considerada VO, 82% dos participantes responderam sim, sendo 56 do curso de medicina e 26 de enfermagem.

Sobre estimular a complementação de fórmulas em detrimento ao aleitamento materno exclusivo ser considerada VO, 59% dos participantes deram como resposta sim (39 alunos de medicina e 20 de enfermagem). E quando perguntados se incentivar

o desmame precoce por crenças de senso comum é considerado VO, 70% dos participantes afirmaram que sim, destes 45 eram alunos do curso de medicina e 25 do curso de enfermagem.

Discussão

Há um consenso entre todos os autores pesquisados que a temática VO é atual e precisa ser amplamente discutida^{6,8,11}, visto que a agressão a mulher no momento do parto foi vista em diversos momentos da história e tem um grande impacto no cuidado em saúde. Isto ratifica a necessidade da realização deste estudo. Faz parte da VO o negligenciamento do atendimento e as intervenções desnecessárias sem o consentimento da parturiente. A mudança da cultura intervencionista

Tabela 1. Respostas dos participantes por curso (%).

	MEDICINA	ENFERMAGEM
1. Sabem o que significa violência obstétrica	96%	100%
2. Consideram VO não permitir que a parturiente fique na posição de sua preferência na hora do trabalho	87%	85%
3. Consideram VO negar a presença de um acompanhante escolhido pela parturiente na hora do parto	98%	100%
4. Consideram VO realizar manobra de Kristeller	87%	96%
5. Consideram VO realizar episiotomia de forma rotineira e sem aviso prévio a parturiente	95%	100%
6. Consideram VO restringir a movimentação da mulher em trabalho de parto	89%	89%
7. Consideram VO induzir a parturiente a realizar cesariana por crenças do senso comum	100%	100%
8. Consideram VO prestar informações em linguagem pouco acessível	95%	100%
9. Consideram VO estimular a complementação de fórmulas em detrimento ao aleitamento materno exclusivo	77%	81%
10. Consideram VO incentivar o desmame precoce	100%	100%

VO: Violência Obstétrica

Fonte: autores, 2021

e a medicalização na hora do parto, com priorização o parto vaginal e fisiológico, fomenta um aumento dos debates acerca da humanização do parto contribuindo para mobilizar a sociedade e empoderar a mulher.

Sobre as consequências da VO, as intervenções injustificadas podem trazer consequências físicas e psicológicas à mulher e ao bebê, pois quanto menos fisiológico é o parto, maior o risco das complicações como distócia de ombro, hemorragias, cesariana e depressão pós parto, adicionalmente a episiotomia é feita de maneira rotineira e sem autorização da gestante e explicações de seus riscos^{5,12}.

Pesquisas evidenciam o uso arbitrário de autoridade pelos profissionais de saúde em relação ao corpo e à sexualidade das mulheres durante o parto e, também, no pós-parto. As recomendações da OMS citam que, quando possível, o parto deve ter início espontâneo, com liberdade da mulher se movimentar a qualquer momento e o direito de receber suporte contínuo durante a parturição, tais como o monitoramento cardíacos fetais, alimentação, adoção de posições não supinas, respeito à privacidade e presença de acompanhantes, além de evitar intervenções rotineiras desnecessárias. Todo cuidado deve ser individualizado e não deve ocorrer separação de mãe e bebê imediatamente após o nascimento¹³.

A análise comparativa das respostas coletadas evidenciou que os alunos do curso de enfermagem mostraram-se mais conscientes sobre as práticas de VO em relação aos de medicina (Tabela 1), apresentando maior índice de assertividade em 9 das 10 perguntas, sendo 3 empates. A análise de ambas as grades curriculares permite inferir a justificativa, uma vez que no curso de enfermagem há uma maior abordagem do tema durante a graduação, na disciplina Saúde da Mulher, que promoveu o desenvolvimento de uma visão mais ampla sobre o assunto. Adicionalmente, a problematização da humanização no parto e de questões psicológicas da mulher, contribuíram para esse resultado. Já na matriz curricular do Curso de Medicina, as habilidades clínicas protagonizam as competências a serem construídas pelos estudantes, que por vezes, valorizam a construção de conhecimento técnico em detrimento daqueles relacionados aos aspectos (socioemocionais).

O amplo debate de novas abordagens acerca da compreensão e da percepção que estimulem a análise crítica das múltiplas nuances da prática da VO e levem a mudanças de conceitos, comportamentos e atitudes, se torna um desafio a ser enfrentado¹⁴. A inserção da prática médica e do cuidado em saúde, baseada em evidências, propostas ativas de cuidado e na empatia, pode ser um fator fundamental na formação do perfil profissional dos acadêmicos, evitando que quando formados continuem a praticar a violência.

A presente pesquisa de campo evidenciou que os estudantes curso de enfermagem apresentaram maior

conhecimento sobre o tema VO, provavelmente por terem tido enfatizados o cuidado e a humanização nos conteúdos programáticos. Já no curso de Medicina, há necessidade e de se avaliar a necessidade de inclusão de temáticas sobre VO na matriz curricular, fomentando a construção, pelo aluno, de um conhecimento sobre humanização no atendimento e do novo modelo biopsicossocial. Inclusive para mudanças em condutas e comportamentos que, no momento tão individual como o parto, acabam prevalecendo habilidades técnicas, tornando a mulher apenas um objeto de estudo¹⁴.

Muitas vezes os profissionais não identificam uma dada conduta como violenta (ou não querem reconhecer como tal) e muitas vezes é apresentada e defendida como um cuidado necessário para lidar com as mulheres consideradas queixosas, demandantes ou pouco colaborativas. Nesse contexto, a violência se mascara de boa prática, já que teria como interesse maior o bem estar da paciente. Essa é uma estratégia para garantir invisibilidade institucional da violência¹⁵.

Outra forma de VO constatada pelos alunos de forma unânime no curso de enfermagem e 98% no curso de medicina é a proibição pelo profissional de saúde quanto a presença de um acompanhante. No entanto, a Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005 garante às parturientes o direito à presença de 1 (um) acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto imediato, seja no Sistema Único de Saúde ou na Rede privada. Mesmo após 16 anos de vigência da lei, ainda há locais que a desrespeitam, deixando a mulher sozinha e, portanto, mais vulnerável, às violências.

A livre deambulação e escolha da melhor posição para parir pela parturiente contribui para que ela se sinta mais confortável, com menor possibilidade de dor e conseqüentemente menor probabilidade de intervenções desnecessárias. No entanto, ainda há alunos e profissionais que acreditem que a posição dorsal seja a melhor, incentivando que a mulher adote essa posição mesmo quando não lhe é tão conveniente^{16,17}.

Ao contrário do que alguns estudantes de ambos os cursos marcaram como não sendo VO, 11% na medicina e 11% na enfermagem (Tabela 1), estudos têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o bebê quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, visto que o útero se contrai muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo para o feto pela placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto, e a dor é menor. Acrescenta-se o fato de que, na posição supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia é facilitada pela postura materna, prevenindo complicações do trajeto¹⁸.

Em se tratando da manobra de Kristeller, 87% dos alunos de medicina e 96% de enfermagem consideram sua prática como VO (Tabela 1), ela configura-se pela aplicação de uma pressão no fundo uterino durante o período expulsivo com objetivo de o encurtar, no

entanto, configura um desrespeito a integridade física e existe a possibilidade de danos maternos e fetais, bem como lesões ao nível do útero e períneo. Em relação às principais consequências de sua prática observa-se a possibilidade de lesão de órgãos internos, hemorragias e fratura de costelas além de ser uma experiência dolorosa e traumática, de cunho psicológico, para a mulher violada. Como nenhuma pesquisa conseguiu demonstrar seus benefícios, é expressivamente recomendado que seja evitada^{19,20}.

No que diz respeito a prática rotineira da episiotomia, pesquisas revelam que a maioria das mulheres submetidas ao procedimento não recebe nenhum esclarecimento sobre a prática, não estando cientes dos riscos a que estão passíveis. Diante disso, é notório que os profissionais de saúde revejam suas atitudes por meio da educação continuada, bem como a disseminação da informação que é de direito às mulheres, para assim terem a autonomia de questionar e rejeitar o que não for necessário, visto que esse procedimento deve ser utilizado apenas de acordo com os critérios preconizados¹².

Em relação ao entendimento e compreensão do conceito da VO na prática, à realização da episiotomia de modo rotineiro e à indução da realização de cesariana por crenças de senso comum, os alunos do curso de enfermagem foram unânimes nas respostas, reconhecendo tais práticas como um dos tipos de VO. Não foi observado unanimidade nas respostas dos alunos do curso de medicina. Uma revisão sistemática publicada pela biblioteca Cochrane (2006) concluiu que a episiotomia seletiva, se comparada à rotineira, associou-se a menor risco de trauma de períneo posterior, menor necessidade de sutura, menos complicações na cicatrização, além de reduzir o risco de trauma perineal severo (lacerações de 3º e 4º graus) e não melhorar os escores de Apgar^{21,22}. Em se tratando da cesariana rotineira, com algumas exceções, toda mulher é capaz de ter um parto normal, sendo as principais indicações de cesárea a distócia, falha na progressão do parto e desproporção céfalo-pélvica, no entanto, o que se vê é o inverso, com indicações indiscriminadas e incorretas de cesariana, esquecendo-se dos riscos inerentes a toda cirurgia e tirando a autonomia de escolha do parto da mulher, que é um direito reprodutivo básico dela. O Ministério da Saúde lançou em 2016, as “Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana”, que estabelecem parâmetros a respeito deste procedimento no Brasil, país em que há uma grande cultura da cesariana que se construiu nas últimas décadas^{23,24,25,26}.

No que concerne às respostas corretas, apenas a pergunta “estimular a complementação de fórmulas de detrimento do aleitamento materno exclusivo” tem resposta negativa, sendo todas as outras consideradas VO de acordo com o Dossiê “Parirás com dor”. No entanto, mesmo não sendo VO, é válido salientar

que apesar do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno ser muito difundido, muitos serviços não respeitam o desejo da mãe em amamentar seu bebê logo ao nascer, mesmo que não haja nenhum impeditivo clínico para isso, prejudicando o vínculo materno e os inúmeros benefícios do aleitamento, como maior imunidade, menos probabilidade de alergias futuras, etc¹⁰.

No Brasil, a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000, teve o propósito de atender às reivindicações sociais por uma melhor qualidade da assistência ao parto e nascimento, cujo intuito era o de promover uma ampla discussão a respeito. Mas ainda hoje é possível constatar que mulheres passam por inúmeras práticas desrespeitosas na assistência ao parto e nascimento²⁷. O conhecimento de assuntos atuais e a sua abordagem no meio acadêmico é essencial para a reflexão no processo de formação profissional da saúde, mudando e melhorando conceitos e condutas para uma assistência mais humana e respeitosa, essencial ao processo de trabalho humanizado e resolutivo²⁸.

Conclusão

Concluiu-se que os participantes da pesquisa possuem conhecimento sobre VO. No entanto, mesmo tendo cursado a disciplina de Ginecologia e Obstetrícia (Medicina) e de Saúde da Mulher (Enfermagem) recentemente, ainda há déficits no conhecimento, que poderão comprometer a prática profissional, sinalizando para revisão e/ou atualização de conteúdos programáticos das disciplinas. As divergências apresentadas nos cursos analisados reforçam a necessidade de uma maior abordagem da humanização do atendimento no curso de Medicina, visto que a Enfermagem tem mais contato com a saúde da mulher durante a graduação. A inclusão dessa temática na matriz curricular e sua maior discussão entre os alunos e professores poderá fomentar mudanças de comportamentos e práticas pelos futuros profissionais.

Contemplar mais o modelo biopsicossocial e abolir definitivamente o modelo médico hospitalocêntrico e intervencionista é uma importante medida a ser adotada para promoção da assistência ao parto centrada na mulher, a quem cabe o protagonismo. Os resultados deste estudo poderão contribuir para reflexão do cenário acadêmico, promovendo mudanças no ensino que, conseqüentemente, refletirão em mudanças de conduta dos futuros profissionais no cenário obstétrico. Tais modificações colaboram para melhoria da educação, do atendimento às gestantes, humanização no cuidado e diminuição da violência obstétrica.

Referências

1. Silva Santos TA. Violência obstétrica e enfermagem obstétrica: reflexões sobre o trabalho de cuidado e educação. 2021. Monografia (Especialização em Enfermagem Obstétrica). UFMG. Disponível em <<https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/36785>> Acesso em 13 de setembro de 2021.
2. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cien Saúde Colet*. 2019; 24:2811-24.
3. Palma CC, Donelli TMS. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. *Psico*. 2017;48(3):216–30.
4. Vasconcellos MTL de, Silva PL do N, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza Junior PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra. Nacer no Brasil: pesquisa nacional sobre parto e nascimento. *Cad Saude Pública*. 2014;30:S49–58.
5. Diniz SG, Salgado H de O, Andrezzo HF de A, Carvalho PGC de, Carvalho PCA, Aguiar C de A, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(3):377–82.
6. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014(5):4. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf Acesso em 13 de setembro de 2021.
7. Souza KJ de. Violência institucional na atenção obstétrica: proposta de modelo preditivo para depressão pós-parto. 2014. Dissertação (mestrado) —Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014. Disponível em <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/17225>> Acesso em 13 de setembro de 2021.
8. Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi AKG, Souza RA. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM*. 2017;1–8.
9. Souza AB de, Rapchan ES, Alarcão ACJ, Carniel F. Violência obstétrica: uma revisão integrativa sobre o processo de formação dos acadêmicos de medicina. *Anais X EPCC - Encontro Internacional de Produção Científica* 2017. Disponível em <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1684> Acesso em 13 de setembro de 2021.
10. Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et al. Violência Obstétrica “Parirás com dor.” Dossiê Elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulh [Internet]. 2012. Disponível em: https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC_VCM_367.pdf Acesso em 12 de setembro de 2021.
11. Goer H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. *J Perinat Educ*. 2010;19(3):33–42. Disponível em < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920649/>> Acesso em 12 de setembro de 2021.
12. Santos ADR, Santos EL, Silva KS, Nery FS. Episiotomia: a dor de um parto. *Cad Grad Biol Saúde-UNIT*. 2017;4(3).
13. Andrade P de ON, Silva JQP da, Diniz CMM, Caminha M de FC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2016;16(1):29–37.
14. Vieira SN, Vidigal BAA, Sousa AM, Reis LN dos, Teixeira E, Vasconcelos MNG. Violência Obstétrica: convergências e divergências entre acadêmicos de enfermagem e medicina. *Enferm Foco*. 2019;21–8.
15. Martins A de C, Barros GM. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. *Rev Dor*. 2016;17(3):215–8.
16. da Silva DF, Peres LC, Araújo NCSS. Conhecimento da gestante sobre as posições do parto. *Rev Enferm da FACIPLAC*. 2018;1(1).
17. Bruggemann OM, Oliveira ME de, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2013;17(3):432–8.
18. Mamede FV, Mamede MV, Dotto LMG. Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Esc Anna Nery*. 2007;11(2):331–6.
19. Nascimento KIM, de Souza Lima V, Novaes CDP, Ponte AR, Cardoso LR, de Aragão CRB, et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. *Brazilian J Heal Rev*. 2021;4(2):7362–80.
20. Silva A, Saaia S, de Mesquita Serra MC. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. *Rev Direitos Humanos e Efetividade*. 2016;2(1): p.128 – 147. Disponível em <https://indexlaw.org/index.php/revistadhe/article/view/1076/1072>. Acesso em 13 de setembro de 2021.
21. Mattar R, Aquino MMA de, Mesquita MR de S. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):1-2 Disponível em <https://www.scielo.br/rbgo/a/cMTzz5SL3Cdq7xkyZrJZ6bp/?lang=pt> Acesso em 13 de setembro de 2021.
22. Previatti JF, Souza KV de. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60:197–201.
23. Kämpf C. Modelo obstétrico brasileiro ignora evidências científicas e recomendações da OMS na assistência ao parto. *Com Ciência*. 2013;(152):0.
24. Oliveira PCP, Simioni RL. Autonomia, liberdade e dependência da mulher: a política reducionista de cesarianas desnecessárias no Brasil e o biodireito. *JURIS-Revista da Fac Direito*. 2018;28(1):67–90.
25. Nunes GZ, Penha KT do V. Cesariana: uma escolha da mulher. *Enfermagem-Pedra Branca*. 2020. Disponível em < <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/4919?mode=full>> Acesso em 10 de setembro de 2021.
26. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*. 2010; 38(8): 416-422. Disponível em http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/cesariana_baseada_evidencias_parte_I.pdf Acesso em 12 de setembro de 2021.
27. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E de, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE Line*. 2018;236–46.
28. Barbosa GC, Meneguim S, Lima SAM, Moreno V. National Policy of Humanization and education of health care professionals: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(1):123–7.