

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

TAYRINE MENDES RIODADES DIAS

PRÁTICA MÉDICA VERSUS VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma revisão
bibliográfica

Duque de Caxias

2021

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

TAYRINE MENDES RIODADES DIAS

PRÁTICA MÉDICA VERSUS VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA:
uma revisão bibliográfica

Monografia apresentada à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II como um dos requisitos para a conclusão do Curso de Medicina.

Orientador: Professora Ana Carolina Nogueira Ramos

Duque de Caxias

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE

UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS

D541p Dias, Tayrine Mendes Riodades.

Prática médica versus violência obstétrica: uma revisão bibliográfica /
Tayrine Mendes Riodades Dias. – Duque de Caxias, 2021.

24 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Medicina) – Universidade do
Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências da Saúde, 2021.

“Orientadora: Prof.^a Ana Carolina Nogueira Ramos”.

Referências: f. 20-24.

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

TAYRINE MENDES RIODADES DIAS

PRÁTICA MÉDICA VERSUS VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: uma revisão
bibliográfica

Aprovado pela banca:

Prof. _____

Prof. _____

Em _____ de _____ 2021

Duque de Caxias

2021

RESUMO

O momento do parto se trata de um divisor de águas na vida da mulher, pois existe todo um estigma previamente construído e reconstruído a partir da singularidade e da cultura da parturiente. Tendo em vista o atual cenário obstétrico e a relevância da humanização do parto, a presente pesquisa teve como objeto de estudo a intervenção médica e a violência obstétrica durante o trabalho de parto de acordo com a literatura vigente. O objetivo geral da presente pesquisa foi compreender quando a intervenção médica passa a ser violência obstétrica. E os objetivos específicos, analisar a conduta e intervenção médica durante o trabalho de parto e apontar intervenções médicas que se caracterizam como violência obstétrica. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa e natureza exploratória, feita no site da Biblioteca Virtual de Saúde utilizando os descritores “violência obstétrica” e “trabalho de parto”. As informações obtidas a partir das publicações, permitiu o agrupamento dos dados nas seguintes categorias: conduta e intervenção médica durante o trabalho de parto; intervenção médica ou violência obstétrica?; e medidas para reduzir a prática violenta. A análise dos dados permitiu concluir que a intervenção médica e a violência obstétrica possuem uma linha tênue na prática médica. É sabido que muitos procedimentos médicos devem ser realizados a fim de garantir as melhores condições de nascimento além de viabilidade para a mãe e para o bebê, entretanto as decisões devem ser compartilhadas com a mulher.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Intervenção Médica. Trabalho de Parto.

ABSTRACT

The moment of childbirth is a watershed in the woman's life, as there is an entire stigma previously constructed and reconstructed based on the mother's uniqueness and culture. In view of the current obstetric scenario and the relevance of the humanization of childbirth, this research had as its object of study the medical intervention and obstetric violence during labor, according to the current literature. The general objective of this research was to understand when medical intervention becomes obstetrical violence. And the specific objectives are to analyze the conduct and medical intervention during labor and point out medical interventions that are characterized as obstetric violence. This is a literature review research, with a qualitative approach and exploratory nature, carried out on the Virtual Health Library website using the descriptors "obstetric violence" and "labor". The information obtained from the publications allowed the grouping of data into the following categories: medical conduct and intervention during labor; medical intervention or obstetric violence?; E Measures to reduce violent practice. Data analysis allowed us to conclude that medical intervention and obstetric violence have a fine line in medical practice. It is known that many medical procedures must be carried out in order to ensure the best conditions for birth in addition to viability for the mother and baby, however decisions must be shared with the woman.

Keywords: Obstetric Violence. Medical Intervention. Labor.

LISTA DE ABREVIATURAS E\OU SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO	10
3. OBJETIVOS.....	12
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	13
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	14
6. CONCLUSÃO	19
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

1 – INTRODUÇÃO

O momento do parto se trata de um divisor de águas na vida da mulher, pois existe todo um estigma previamente construído e reconstruído a partir da singularidade e da cultura da parturiente. Desde a Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade infantil e materna, a institucionalização do parto foi implementada, retirando a gestante do seio familiar, para assistência desde o pré-parto com uso de intensa medicalização e rotinas cirúrgicas¹.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o parto institucionalizado utiliza, portanto, várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de tornar o nascimento o mais seguro possível tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido. No entanto, as diversas intervenções como episiotomia, uso de ocitocina, cesariana, aspiração naso-faringeana, entre outras devem ser usadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade².

O que se vê, na realidade, é o abuso de intervenções médico-hospitalares, esquecendo os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo do parto e deixando de lado que o momento do parto possui um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. O nascimento de um filho tem uma importância única para a vida da mulher e é carregado de fortes emoções, por isso deve ser entendido e tratado de forma humanizada e solidária².

Em 1 de junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) através da Portaria/GM n. 569. O principal objetivo do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. E os princípios que o estruturam são: toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura; e todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura³.

Dessa forma, entende-se como parto humanizado como respeito aos aspectos da fisiologia feminina, ausência de intervenções desnecessárias, reconhecimento dos aspectos

sociais e culturais do parto e do nascimento e oferta de suporte emocional à mulher e à sua família, garantindo assim os direitos de cidadania⁴.

Tendo em vista o atual cenário obstétrico e a relevância da humanização do parto, a presente pesquisa teve como objeto de estudo a intervenção médica e a violência obstétrica durante o trabalho de parto de acordo com a literatura vigente.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 – Trabalho de parto e conduta médica

O trabalho de parto se trata do momento vivido pela gestante, no qual ocorre liberação de ocitocina, hormônio responsável pela contratilidade uterina. Essa contração gera um importante estímulo doloroso e estado de estresse, que é minimizado pela presença de endorfinas liberadas pelo próprio organismo. Essas endorfinas têm participação não só na analgesia, mas também na sensação de bem-estar da mulher, contribuindo para modificar as experiências sensoriais e emocionais negativas referentes ao processo de parturição⁵.

Vale ressaltar que o momento do parto possui um caráter emocional para a mulher de grande peso. Não se trata, portanto, apenas de um acontecimento biológico, mas sim um momento único, que envolve questões culturais, econômicas e emocionais⁶.

Uma vez iniciado o trabalho de parto, é possível optar pelo parto vaginal ou parto cesárea. O parto vaginal é um evento que acontece de maneira mais fisiológica, apesar de muitas vezes necessitar de intervenção médica, desnaturalizando o momento⁷. Já a cesariana apresenta caráter mais dependente da parturiente, além de oferecer maior probabilidade de ocorrência de complicações no parto e pós-parto⁶.

“Enquanto no parto vaginal, o trabalho do parto é da mulher, na cesariana, o trabalho é do médico, o controle é dele, em duplo sentido: ele domina o conhecimento e a técnica de fazer, saber e poder”⁷.

A medicalização do parto ganha a atenção uma vez que representa a intervenção médica no processo do parto e nascimento, podendo ser visto como ferramenta útil dependendo da maneira como é utilizada. O uso crescente da tecnologia e de técnicas médicas, até mesmo em gestações sem riscos claros e partos eutócicos, é um terreno polêmico e que requer cautela⁸.

A própria hospitalização já representa uma intervenção médica diante do trabalho de parto. Inicialmente, os partos ocorriam dentro das casas, sob intervenção de parteiras, entretanto, na década de 80, a prática hospitalar passou a ser mandatória, tornando o parto cada vez mais institucionalizado⁹.

Sendo assim, o modelo intervencionista e medicalizado do parto vêm sendo pauta de inúmeras discussões entre os profissionais da obstetrícia. Suas faces perpassam pela humanização do parto e a violência obstétrica¹⁰, tema o qual será discutido adiante.

2.2 – Violência obstétrica

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência como um todo é o ato de impor determinado grau de sofrimento e/ou dor evitáveis. Um dos tipos de violência é a obstétrica, a qual submete mulheres ao abuso e à violação de seus direitos¹¹.

A violência obstétrica é aquela sofrida pela mulher durante a gravidez, parto, pós-parto e abortamento. Sua ocorrência se dá por meio de agressões verbais, institucionais, morais, físicas e psicológicas. A exemplo pode-se citar a peregrinação de mulheres em maternidades e hospitais em busca de atendimento, a negligência na assistência, as intervenções desnecessárias e até mesmo a cesariana sem real indicação¹².

Entende-se, portanto, violência obstétrica não só a agressão física, mas também a violação dos direitos das mulheres grávidas em processo de parto, incluindo a perda de sua autonomia e direito de decisão sobre seu corpo. Significa a apropriação, pelos profissionais de saúde, das decisões do processo reprodutivo da mulher, por meio de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto¹³.

No Brasil, a violência obstétrica infelizmente é uma prática frequente. A violência física pode deixar como consequências hematomas, cicatrizes, costelas quebradas, entre outros; e os danos psíquicos podem desencadear ainda doenças secundárias, além de traumatizar a mulher⁹.

3 – OBJETIVOS

O objetivo geral da presente pesquisa foi compreender quando a intervenção médica passa a ser violência obstétrica.

3.1 – Objetivos específicos

- Analisar a conduta e intervenção médica durante o trabalho de parto.
- Apontar intervenções médicas que se caracterizam como violência obstétrica.

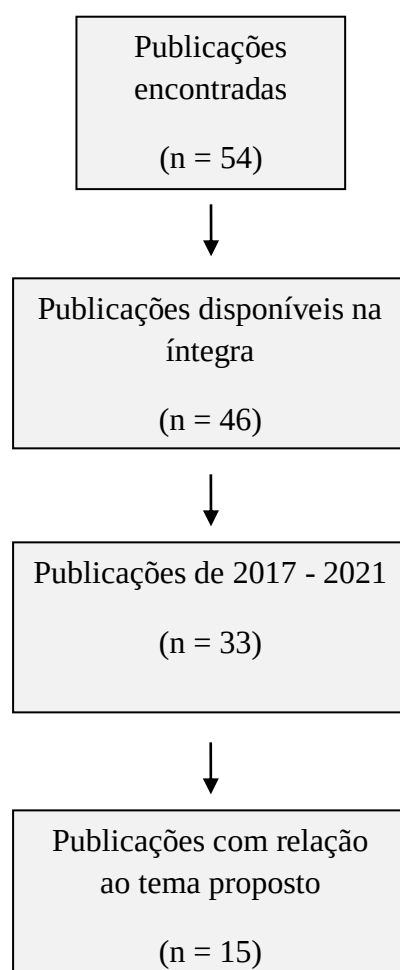
4 – MATERIAIS E METÓDOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa e natureza exploratória.

A busca pelas publicações foi feita de novembro a dezembro de 2021, no site da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados para a busca das publicações a serem analisadas foram “*violência obstétrica*” e “*trabalho de parto*”. Dessa forma, foram encontradas 54 publicações.

Os critérios de inclusão foram estudos disponíveis na íntegra, na língua portuguesa e ainda aqueles publicados entre os anos de 2017 a 2021. Os critérios de exclusão foram abordagem de tema diferente daquele proposto no presente estudo, publicação em ano fora do recorte temporal pré-definido e publicações duplicadas. Restando, dessa forma, 15 artigos que compuseram a amostra deste estudo.

Figura 1: Fluxograma das publicações encontradas



5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 – Conduta e intervenção médica durante o trabalho de parto

A melhor maneira de determinar as ações de intervenção médica na sala de parto é a prática baseada em evidências. No entanto, é fundamental que estudos sejam publicados a fim de que os profissionais tenham contato com evidências já estudadas. Nesse contexto, a prática da episiotomia, por exemplo, representa uma grande interrogação, pois faltam estudos comprovando seus benefícios e malefícios¹⁴.

A episiotomia se trata do procedimento mais comum na Obstetrícia e pode ser mediana, com incisão da região posterior para anterior, em linha retal; médio-lateral, com incisão dirigida lateralmente e para baixo; entre outros¹⁵. A principal indicação é a prevenção de roturas perineais de terceiro e quarto grau¹⁶.

Apesar do trabalho de parto em si acontecer no final da gestação, sendo ela em tempo ideal ou não; a conduta médica para esse momento começa ainda durante o pré-natal. Desde o momento dessas consultas, o médico deve orientar, informar, acolher e empoderar a mulher. Esse é o momento onde a gestante deve ser estimulada a conhecer e se apropriar dos seus direitos, além da construção do protagonismo e autonomia da mulher a partir do investimento em processos de educação em saúde¹⁷.

Além disso, deve ser garantido à mulher atendimento livre de preconceitos e discriminações, assim como oferta de orientações ainda no pré-natal acerca das fases do trabalho de parto, vias de parto, direito das mesmas e a importância do plano de parto como uma forma documental de resguardo de suas escolhas¹⁸. No entanto, ressalta-se que as informações devem ser claras e compreensíveis, compatíveis com o nível de esclarecimento da mulher. Deve-se ainda respeitar sua condição e opinião, além de assisti-la de forma integral, absorvendo suas queixas e atendendo às suas demandas¹⁹.

O momento do parto propriamente dito deve ter o foco principal nos interesses da mulher, oferecendo a ela o protagonismo do momento. O processo deve ser compreendido como algo fisiológico, antropológico, social, psicológico, que faz parte da experiência sexual feminina e não apenas como ato médico²⁰.

Dessa maneira, entendendo que a mulher é o agente principal durante o momento de parturição, a equipe médica deve oferecer os cuidados obstétricos, no entanto deve também conhecer e compreender os direitos legais da mulher. Dentre esses direitos estão o tratamento totalmente livre de danos e maus-tratos, a oferta e explicação das informações pertinentes ao parto e puerpério, o consentimento esclarecido de garantia de respeito às escolhas e preferências da mulher, a presença de acompanhante durante todo o processo do parto, a privacidade e sigilo, entre outro²¹.

Apesar do estímulo às escolhas da mulher, é fundamental que se reconheça o saber científico detido pelo obstetra. Dessa forma, de acordo com as características e o avanço do trabalho de parto, as decisões médicas devem ser compatíveis com a segurança da mãe e do bebê²⁰.

Nesse contexto, além de várias decisões médicas a serem tomadas, o tipo de parto é um fator a ser considerado de acordo com as características e evolução do trabalho de parto. Logo, a escolha da cesariana deve ser criteriosa, sendo a opção quando necessário. Nesse interim, ressalta-se a relevância desse tipo de parto. Quando feita com indicação, a cesariana diminui a morbimortalidade materna e neonatal. Pode-se citar como indicação desse procedimento: casos de acretismo placentário, mulheres com infecção genital ativa pelo vírus herpes durante o trabalho de parto, placenta prévia total e apresentação córmica²².

Outra ação que deve ser estimulada e indicada pela equipe médica é a deambulação durante o trabalho de parto e a posição verticalizada para o parto. Essas práticas favorecem o bem-estar da mulher e do bebê, permitindo melhor adequação às sensações e alterações do corpo para o momento do parto, além de contribuírem para a assistência humanizada²³.

Dessa maneira, compreendendo a complexidade tanto técnica, quanto assistencial do parto, é fundamental que a equipe multiprofissional esteja capacitada para assistir a mulher de forma integral. O caráter não patológico do parto precisa ser recuperado a fim de que o cuidado materno-infantil se dê de forma natural¹⁴. Sendo assim, faz-se necessária a implementação de cursos de atualização, para o alcance do melhor conhecimento científico acerca da assistência¹⁸.

5.2 – Intervenção médica ou violência obstétrica?

O termo violência obstétrica é usado para tratar das experiências negativas vividas pelas mulheres no trabalho de parto, parto e puerpério. Seu significado remete à equipe de saúde uma tratativa desrespeitosa, de invasão ao corpo da mulher e ainda de alienação do próprio corpo da mulher em um momento vulnerável de sua vida²⁴. Além disso, a negligência na assistência e a aplicação de intervenções desnecessárias podem também se caracterizar como violência obstétrica¹⁸.

Ressalta-se, portanto, que a prática violenta não necessariamente é executada pela classe médica, mas também por enfermeiros, estudantes e outras categorias da saúde. O Brasil, infelizmente, é um cenário comum para tal prática, evidenciada nas formas de negligência²⁵, violência verbal e violência física²⁶. Outra forma de violência obstétrica é a demora do atendimento, muito comum, principalmente na rede pública de saúde²⁵.

Situações de desamparo; abuso verbal, físico e psicológico^{20, 24, 27}; práticas invasivas sem comunicação prévia; descumprimento da lei do acompanhante^{20, 27}; práticas médicas (episiotomia, anestesia, cesariana, entre outros) sem o compartilhamento da decisão²⁴; limitação da posição ao parir^{20, 27}; expropriação do corpo feminino; falta de informações; banalização da dor^{27 28}(NIY, 2018); falta de privacidade são também alguns tipos de violência²⁷.

Em casos especiais de gravidez, onde o feto apresenta condições específicas como anencefalia e outras características congênitas incompatíveis com a vida, a violência obstétrica também se faz presente. Nesses casos, a negação dos direitos da mulher, especialmente o julgamento moral das escolhas de interrupção ou não da gestação; a negação da assistência e tratamento adequados; a negligência e abusos verbal e físico também se fazem presentes na prática cotidiana (FERNANDES, 2019).

Sendo assim, o delineamento das características da VO se apresenta como a manifestação de atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos, dispensados por profissional da saúde com o intuito de banalizar o cenário obstétrico. Essa compreensão imputa à violência obstétrica uma violação dos direitos humanos, tratando-se um grave problema de saúde pública²⁹.

A diferença, portanto, entre intervenção médica e violência obstétrica, consiste na maneira como as ações são realizadas. Quando a mulher deixa de poder ter o controle do próprio corpo, se torna subordinada e objeto da intervenção profissional, a violência obstétrica se faz presente²⁰.

O desconhecimento por parte das mulheres acerca dos próprios direitos cerceia a transgressão à assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Essa cultura vai além da violência obstétrica e suas repercussões, pois se torna uma forma de violação do direito à vida, à integridade física e moral garantidos em lei, assim como o direito a autonomia sobre o próprio corpo¹⁸.

5.3 – Medidas para reduzir a prática violenta

O melhor caminho para reduzir a violência obstétrica é o conhecimento e a informação. Nesse contexto, o pré-natal representa um importante momento de contato da gestante com o serviço de saúde e nesse momento ela deve receber todas as informações pertinentes à gestação, parto e puerpério¹⁷.

Nesse contexto, em 22 de maio de 2014, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.153, que redefiniu os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Esse fato teve como objetivo o estímulo à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, assim como à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS³⁰.

Dentre as determinações da Portaria nº 1.153, destaca-se:

Garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade³⁰.

Outra alternativa para a redução das condutas violentas durante o trabalho de parto e o parto está na compreensão da mulher de forma integral, entendendo seus medos e anseios, assim como as dúvidas e questionamentos. O conhecimento da realidade da gestante, seu perfil sociodemográfico, clínico e psicológico, permite que o profissional de saúde se aproxime da realidade da mulher, estabelecendo de forma mais eficaz, uma relação de confiança³¹.

6 – CONCLUSÃO

A análise dos dados permitiu concluir que a intervenção médica e a violência obstétrica possuem uma linha tênue na prática médica. É sabido que muitos procedimentos médicos devem ser realizados a fim de garantir as melhores condições de nascimento além de viabilidade para a mãe e para o bebê, entretanto as decisões devem ser compartilhadas com a mulher.

Desde o pré-natal até o momento do trabalho de parto, é fundamental que a gestante conheça as vias de parto, suas características, vantagens e desvantagens; assim como quaisquer informações acerca do parto propriamente dito. Assim, ela é capaz de interferir, opinar e decidir sobre o próprio corpo e as possibilidades para o nascimento do filho.

Quando essa decisão deixa de ser compartilhada e os procedimentos passam a acontecer sem o conhecimento da mulher, suas queixas não são ouvidas e seus direitos são negados, a violência obstétrica se faz presente e o momento lúdico e sonhado pela mulher se torna um pesadelo.

Sendo assim, a fim de reduzir a conduta violenta durante o trabalho de parto e o parto, é fundamental que medidas sejam tomadas desde o pré-natal. A disponibilidade do profissional de saúde, com acolhimento adequado e oferta de informações relacionadas ao contexto gravídico, permite que a mulher encontre segurança e confiança necessárias. Além disso, programas e portarias do MS são fundamentais para protocolar os atendimentos e permitir a fiscalização do cumprimento das ações pré-determinadas.

7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-
- ¹ MATOS GC DE, ESCOBAL AP, SOARES MC, HÄRTER J, GONZALES RIC. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Mar [cited 2015 May 20];7(spe):870-80.
- ² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- ³ BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto. Humanização no pré-natal e nascimento. Ministério da Saúde / Secretaria Executiva. Brasília, 2002.
- ⁴ DIAS MAB, DOMINGUES RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência e saúde coletiva [Internet]. 2005 [cited 2015 May 02];10(3):699-05.
- ⁵ MAZONI SR, DE CARVALHO EC, DOS SANTOS CB. Clinical validation of the nursing diagnosis labor pain. Rev Latino-Am Enfermagem. 2013 Jan-Feb;21(Spec):88-96.
- ⁶ JUNIOR, ARF et al. Discurso de mulheres na experiência do parto cesáreo e normal. Revista Saúde. com , v. 13, n. 2, pág. 855-862, 2017.
- ⁷ NAKANO, AR; BONAN, C; TEIXEIRA, LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 27, p. 415-432, 2017.
- ⁸ DIAS, MAB. Saberes no parto: a visão de um obstetra. Medicalização do parto: Saberes e práticas, 2021.
- ⁹ KAPPAUN, A; DA COSTA, MMM. A institucionalização do parto e suas contribuições na violência obstétrica. Revista Paradigma, v. 29, n. 1, p. 71-86, 2020.

-
- ¹⁰ AGUIAR JM, D'OLIVEIRA AFPL, SCHRAIBER LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2013[citado em 2017 jun. 16];29(11):2287-96.
- ¹¹ World Health Organization – WHO. (1996). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: Autor. Acesso em 30 de agosto, 2015, em http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf
- ¹² BRANDT, GP et al. Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto. 2018.
- ¹³ ZANARDO, GLP et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & sociedade, v. 29, 2017.
- ¹⁴ CARNIEL F, VITAL DS, SOUZA TDP. Episiotomia de rotina: necessidade versus violência obstétrica. J. nurs. health. 2019;9(2):e199204
- ¹⁵ DESSANTI, GA.; NUNES, CP. Sintomatologia e complicações no pós-parto das pacientes submetidas a episiotomia. Revista de Medicina de Família e Saúde Mental, v. 1, n. 1, 2019.
- ¹⁶ SANTOS, KFL et al. Indicações, técnicas cirúrgicas e complicações associadas à episiotomia: síntese de evidências artigo de revisão. Brazilian Journal of Health Review, v. 4, n. 5, p. 23426-23439, 2021.
- ¹⁷ LAMY ZC et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. Ciência & Saúde Coletiva, 26(3):951-960, 2021.
- ¹⁸ TEIXEIRA PC, ANTUNES LS, DUAMARDE LTL, et al. Percepção das parturientes sobre violência obstétrica: a dor que querem calar. Revista Nursing, 2020; 23 (261): 3607-3615.
- ¹⁹ BATISTA BD, BRUGGEMANN OM, JUNGES CF, et al. Fatores associados à satisfação do acompanhante com o cuidado prestado à parturiente. Cogitare Enferm. (22)3: e51355, 2017.

-
- ²⁰ TRAJANO AR, BARRETO EA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200689
- ²¹ OLIVEIRA MSS, ROCHA VSC, ARRAIS TMSN, et al. Vivências de violência obstétrica experimentadas por parturientes. *ABCS Health Sci*. 2019; 44(2):114-119.
- ²² NASCIMENTO SL, PIRES VMMM, SANTOS NA, et al. Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Revista Enfermería Actual, Edición Semestral N°. 37, Julio 2019 – Diciembre 2019*.
- ²³ NIY DY, OLIVEIRA VC, OLIVEIRA LR, et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23: e180074.
- ²⁴ MATOS MG, MAGALHÃES AS. Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. *Psicologia: Ciência e Profissão* 2021 v. 41, e219616, 1-13.
- ²⁵ ANUNCIAÇÃO OS, LAMY ZC, PEREIRA MUL, et al. “Revés de um parto”: relatos de mulheres que perderam o filho no período neonatal. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(12):e00190517.
- ²⁶ CUNHA AL, HENRIQUES RBL, SILVA TRD, et al. Produção de conhecimento sobre violência obstétrica: o lado invisível do parto. *Revista Nursing*, 2020; 23 (260): 3529-3532.
- ²⁷ SOUZA ACAT, LUCAS PHCS, LANA TC, et al. Violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2019; 27:e45746.
- ²⁸ NIY DY. Desafios para a implementação de uma assistência “amiga da mulher”: a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2018.
- ²⁹ JARDIM DMB, MODENA CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e 3069.

³⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2014.

³¹ MARQUES, GM; NASCIMENTO, DZ. Alternativas que contribuem para a redução da violência obstétrica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 4743-4744, 2019.