



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 06, pp. 36992-36996, June, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.19186.06.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

INQUÉRITO DO NASCER: RETRATO DAS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS EM UM HOSPITAL PÚBLICO NO ESTADO DO PARÁ

Rayana Gonçalves de Brito¹, Anderson Araújo Corrêa², Hayla Nunes da Conceição³, Ingrid da Silva Leite⁴, Luciana Fernandes Pastana Ramos⁵, Geovana Ribeiro Pinheiro⁶, Nathallya Castro Monteiro Alves⁷, Isadora Ferreira Barbosa⁸, Savio José da Silva Batista⁹, Otoniel Damasceno Sousa¹⁰, Gabriela Bianchi dos Santos¹¹ and Elaine Cristina Pacheco de Oliveira¹²

¹Enfermeira. Mestre em Biociências pela Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Especialista em Obstetrícia (UNAMA). Docente da Faculdade Estácio do Amazonas e da Universidade Paulista (UNIP). Manaus, AM, Brasil; ²Enfermeiro. Mestre em Biodiversidade, Ambiente e Saúde pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Enfermeiro assistencial da Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas. Manaus, AM, Brasil; ³Enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); ⁴Enfermeira. Mestranda em Engenharia de Processos pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Docente da Universidade da Amazônia (UNAMA). Santarém, PA, Brasil; ⁵Fisioterapeuta. Doutoranda em Neurociências e Biologia Celular da Universidade Federal do Pará (UFPA), Docente da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Santarém, PA, Brasil; ⁶Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade Estácio do Amazonas. Estagiária da Fundação de Vigilância em Saúde - FVS/AM. Manaus, AM, Brasil; ⁷Enfermeira. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pelo Centro de Ensino Literatus/CEL. Docente da Faculdade Estácio do Amazonas. Manaus, AM, Brasil; ⁸Enfermeira. Graduanda em Enfermagem em Oncologia pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI). Altamira, PA, Brasil; ⁹Enfermeiro. Mestrando em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Docente da Faculdade Estácio do Amazonas. Manaus, AM, Brasil; ¹⁰Enfermeiro. Especialista em Enfermagem Obstétrica/Rede Cegonha pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Colinas, MA, Brasil; ¹¹Farmacêutica/Bioquímica. Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP/USP/University of East Anglia). Docente da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Santarém, PA, Brasil; ¹²Bióloga. Doutora em Ciências Agrárias (Biotecnologia Vegetal) pela Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA). Docente da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Santarém, PA, Brasil

ARTICLE INFO

Article History:

Received 17th March, 2020

Received in revised form

03rd April, 2020

Accepted 20th May, 2020

Published online 29th June, 2020

Key Words:

Obstetrícia, Violência, Parto humanizado, Humanização da assistência, Parto obstétrico.

*Corresponding author:

Rayana Gonçalves de Brito

ABSTRACT

Objetivo: Identificar práticas obstétricas de rotina realizadas nas mulheres em trabalho de parto assistidas em um hospital público do Oeste do Pará e a correlação com a morbimortalidade materno-fetal. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa, transversal e descritiva-exploratória. Para este estudo, realizou-se entrevista e aplicação de um questionário semiestruturado com parturientes internadas na clínica obstétrica do Hospital Municipal de Santarém-PA. Os valores não paramétricos foram avaliados através do teste Qui-quadrado (χ^2) e Odds Ratio (OR). Considerou-se o nível de importância 5%. **Resultados:** A amostragem foi de 172 parturientes internadas. Constatou-se que as intervenções obstétricas mais praticadas durante a assistência multiprofissional foi a manobra de Kristeller (57,3%), seguido do parto cesariano (18,1%), uso de ocitocina sintética endovenosa (12,8%) e episiotomia (8,5%) durante o trabalho de parto. **Conclusão:** A prática do Kristeller potencializa as chances de internação do recém-nato e os danos identificados são considerados evitáveis. Mulheres que receberam intervenções em demasia como a episiotomia de rotina sofrem maiores riscos de infecções no puerpério, além de desconforto e dor.

Copyright © 2020, Rayana Gonçalves de Brito et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Rayana Gonçalves de Brito, Anderson Araújo Corrêa, Hayla Nunes da Conceição, Ingrid da Silva Leite et al. "Inquérito do nascer: retrato das práticas obstétricas em um hospital público no estado do Pará", *International Journal of Development Research*, 10, (06), 36992-36996.

INTRODUCTION

A maternidade é vista como o ponto de partida para o início de uma nova etapa na vida de uma mulher. Naturalmente, o parto é uma das etapas intrínsecas desse processo, infelizmente há uma difusão cultural de uma imagem negativa do trabalho de

parto que por vezes a caracteriza como um momento difícil e doloroso, isso que faz com que algumas mulheres façam uma associação mental focada em aspectos relacionados à um processo de dor, traumas e gritos, apenas, sem focar nos aspectos positivos desse momento. Sabemos que o trabalho de parto, apesar de ser fisiológico, sofre interferências oriundas de

aspectos como a genética, o histórico pessoal e familiar, social, ambiental e emocional (Aguiar; Oliveira, 2010; Aquino *et al.*, 2014). A assistência ao trabalho de parto e parto deve ser baseado em evidências científicas, pois isso é essencial para a prevenção de desfechos maternos e perinatais obscuros. O uso descontrolado da tecnologia e as intervenções obstétricas rotineiras podem ser prejudiciais ao elo mãe-filho além aumentar os índices de morbimortalidade materna e neonatal (Côrteset *et al.*, 2018). Como ratifica uma pesquisa pioneira no Brasil acerca da aplicação das boas práticas de atenção e de intervenções obstétricas, assim como a distribuição geográfica, condição social das mulheres e paridade nos serviços de saúde público e privado (Bittencourt *et al.*, 2014). O Brasil ainda está avançando no processo de humanização do trabalho de parto e nascimento. É contínuo o uso de intervenções obstétricas defasadas e sem utilidade clínica comprovada, muitas vezes sem o entendimento e autorização da parturiente; dentre estas destacam-se a técnica de Kristeller (37%), a episiotomia (56%) e a posição de litotomia (92%) (Ayaes *et al.*, 2007; Brasil, 2014). O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNPH), lançado em 2000, surgiu a partir dos movimentos internacionais e, desde então combate ao uso irracional de medicalização, técnicas invasivas e manobras dolorosas na parturiente (Brasil, 2001; Brasil, 2012). O uso de manipulações tecnicistas no corpo faz com que a mulher grávida perca gradativamente o domínio do próprio parto e, o que deveria ser um evento fisiológico, acaba se transformando em uma situação insegura, impessoal e massificada do parto, isto é, a violência obstétrica fica em ascensão a partir do momento em que seus direitos são violados ou desrespeitados pelos colaboradores de saúde (Brasil, 2011).

É perceptível a forma como o uso abusivo de procedimentos desnecessários com intuito de reduzir o tempo de trabalho de parto denigre assim a própria figura da mulher como protagonista de suas escolhas e perspectivas; gerando angústias desnecessárias (Cardoso *et al.*, 2017; Silva *et al.*, 2014). Mesmo que recentemente haja evidências que indiquem uma tendência de redução nas causas que desencadearam mortes maternas, no Brasil, assim como a busca por atendimento de saúde, os registros oficiais de morbimortalidade materna e do recém-nascido ainda apontam que o país está longe do que seria ideal e aceitável (Diniz; Chacam, 2006; Leal *et al.*, 2014a). Com base no exposto, notou-se a necessidade de realizar um panorama que mostre como está sendo realizada a assistência à mulher nas situações de pré-parto, parto e puerpério (PPP) em um hospital público de referência na região Oeste do Pará, com intuito de reconhecer as principais intervenções obstétricas atualmente praticadas na rotina hospitalar, bem como as perspectivas das parturientes mediante ao tratamento recebido pela equipe de saúde; que devem estar de acordo com as leis e diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil (MSB) e da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Inúmeras pesquisas foram realizadas nos últimos anos acerca da saúde da mulher e da criança, sobre os riscos maternos-fetais, promoção da saúde e a adesão ao pré-natal, dentre outras. Houve um estudo pioneiro em nível nacional na abordagem sobre a atenção ao parto e nascimento, com foco na aplicação das boas práticas baseada em evidências e violências obstétricas; entretanto, na região Oeste do Pará, a presente pesquisa é inédita, pois até o momento não encontrou-se registros de investigações que mostrem se a implementação da assistência no trabalho de parto e parto é de fato humanizada

como preconiza o Ministério da Saúde (Bittencourt *et al.*, 2014). Nesse sentido, este estudo realizou a identificação das principais intervenções praticadas durante a rotina hospitalar no trabalho de parto e parto.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de campo que utilizou uma abordagem quantitativa, transversal, descritiva e exploratória, realizada por meio de entrevista direta e aplicação de questionário semiestruturado destinado às mulheres em trabalho de parto internadas. Este estudo foi desenvolvido na clínica obstétrica de um hospital público de Santarém-Pará no período de 2017 a 2018, cuja assistência abrange baixa e média complexidade no atendimento à demanda da população do Oeste do Estado. A amostra deste estudo foi de 172 gestantes internadas em trabalho de parto na clínica obstétrica no momento da visita ao setor. Para se obter este valor de referência do tamanho da amostra do estudo, através do cálculo para um universo (N) inferior a 100.000. Foi considerada uma média de partos por mês de 300 registros; sendo que foram previamente pré-selecionadas de acordo com os critérios de inclusão (Leal *et al.*, 2014b). Foram incluídas nesse estudo gestantes em situação de trabalho de parto presentes na clínica obstétrica do HMS sob a classificação PPP (pré-parto, parto e puerpério) que apresentavam condições clínicas, físicas e emocionais para leitura, entendimento e assinatura do questionário no momento da abordagem para realização da entrevista e que, posteriormente, assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas todas as parturientes e puerperas que não se encontravam presentes na clínica obstétrica sob a classificação de PPP; que não estavam em condições físicas e emocionais para leitura e assinatura do questionário no momento da entrevista, e que não concordaram em assinar de modo voluntário o TCLE.

A coleta de dados ocorreu com a aplicação de um questionário desenvolvido especificamente para esse estudo contém diversas questões que abordam os aspectos socioeconômicos, aspectos clínicos, antecedentes clínicos-obstétricos e questionamentos acerca da assistência obstétrica recebida. O referido questionário estruturado utilizado durante a entrevista com as gestantes recrutadas durante o trabalho de parto, foi utilizado em um segundo momento após com as mesmas pacientes já em situação de puerpério, a fim de finalizar a avaliação dos questionamentos referentes ao período pós-parto e a situação de nascimento do neonato (escore de APGAR; infecções; internação, etc.). Informações complementares como histórico clínico-obstétrico da gestante e APGAR foram obtidos do prontuário e cartão de pré-natal da gestante. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e testes de hipóteses. Os resultados foram descritos apresentando-se a frequência absoluta e relativa. Utilizou-se os testes *Qui-Quadrado* (χ^2) e *Odds Ratio* (OR) para as variáveis não paramétricas. O teste X^2 permitiu avaliar a associação existente entre as variáveis qualitativas, comparando as proporções, ou seja, se há algum desentendimento entre as frequências observadas e esperadas para determinado evento⁽¹⁴⁾. O método OR foi utilizado para a análise da intensidade da associação entre as variáveis (Rumel, 1986). O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$). As gestantes que não assinalaram alguma variável não foram consideradas durante o levantamento dos dados. Por fim, os valores encontrados foram transcritos e tabulados em planilha eletrônica no *Microsoft Office Excel*®

(2010). Os testes estatísticos foram realizados no *Software BioEstat 5.0* (Ayres, 2007). Os dados não preenchidos não foram considerados para a análise deste estudo. O presente estudo contemplou os critérios da Resolução 4666/12 do Conselho Nacional de Saúde (2012), obedeceu aos princípios da Declaração de Helsinque. As mulheres foram convidadas a participar do estudo e, quando concordaram, assinaram o TCLE. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisada Universidade do Estado do Pará, sob protocolo de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 74558417.8.0000.5168, em consonância com as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 172 participantes. O gráfico 1 apresenta o nível de satisfação das puérperas. Notou-se que 55% das participantes estavam satisfeitas com o atendimento recebido.

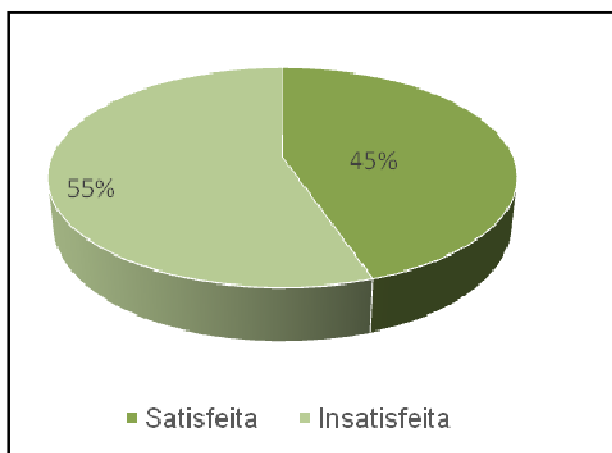


Gráfico 1. Percentual do nível de satisfação das puérperas com o atendimento. Santarém, PA, Brasil, 2018

No entanto, quando questionadas quanto ao conhecimento sobre o parto humanizado bem como suas características e vantagens a maioria das gestantes estudadas 88 (50,6%) desconhece o conceito de parto humanizado, e somente 42 (24,4%) delas afirmaram obter conhecimentos específicos e outras 42 (24,4%) apenas “ouviram falar”, mas não conseguiram descrevê-lo (Tabela 1).

Tabela 1. Percentual de conhecimento sobre o parto humanizado. Santarém, PA, Brasil, 2018

Conhecimentosobpartohumanizado	n	%
Sim	42	24,4
Não	88	51,2
Jáouvifalar	42	24,4

Apesar da maioria das mulheres afirmar que obtiveram um tratamento digno e respeitoso durante seu trabalho de parto, oito(4,7%) mães relataram ter sofrido algum tipo de maus-tratos em determinado momento por parte da equipe multiprofissional de saúde. Em relação as principais intervenções obstétricas realizadas nas parturientes, temosuma frequência importante de realização de incisões cirúrgicas e possíveis lesões (lacerações) sofridas no períneo durante o período de expulsão fetal. A Tabela 2 abaixo indica que a maioria das mulheres não sofreram lacerações ou cirurgias

durante o período de internação, muito embora isso não descarte a possibilidade de terem sofrido demais intervenções obstétricas.

Tabela 2. Percentual de incisão cirúrgica e trauma perineal sofrido. Santarém, PA, Brasil, 2018

Incisão Cirúrgica ou trauma no períneo	n	%
Sim	55	32
Não	117	68

Já quanto a correlação da morbimortalidade materno-fetal analisou-se os fatores de risco envolvidos entre o possível trauma sofrido no períneo devido a episiotomia e a necessidade de internação da criança recém-nascida. Identificamos através da razão de chance Qui-quadrado (X^2), que não há associação entre a incisão cirúrgica ou trauma no períneo e a internação do recém-nato ($p=0,1632$) pois esse índice demonstra uma baixa significância dessa correlação (Tabela 3).

Tabela 3. Frequência das incisões cirúrgicas sofridas e a chance de internação do RN. Santarém, PA, Brasil, 2018

Incisão cirúrgica ou trauma no períneo	Quantidade	Internação do RN	X^2
Sim	44	11	$p=0,1632$
Não	103	14	

Outro aspecto de análise foi sobre a correlação entre as complicações no puerpério e procedimentos cirúrgicos sofridos durante o parto. Com objetivo de avaliar a frequência dessas intervenções e os riscos, foi utilizado o teste razão de chance, onde foi verificado que o risco de infecção pós-parto é 3,7 vezes maior no grupo que teve incisão cirúrgica/trauma no períneo em relação ao que não teve este procedimento (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de infecções pós-parto em relação ao número de incisão cirúrgica ou lesão no períneo. Santarém, PA, Brasil, 2018

Incisão cirúrgica ou trauma no períneo	Quantidade	Infecção pós-parto	OR
Sim	47	8	$p<0,0404$
Não	111	5	

Neste caso, pode-se afirmar que não realizar incisão cirúrgica/trauma no períneo é um fator de proteção para a infecção pós-parto. Em relação aos principais tipos de procedimentos obstétricos em que as gestantes poderiam ter sido submetidas, a manobra de Kristeller destacou-se 121(57,3%) demonstrando que a equipe de saúde está praticando intervenções já desaconselhadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO,1996). Em seguida, o parto cesáreo 38 (18,1%) ainda continua com números importantes dentre os procedimentos médicos mais realizados (Tabela 5).

Tabela 5. Principais tipos de intervenções obstétricas realizadas pela equipe de saúde na assistência ao parto

Intervenções obstétricas	n	%
Kristeller	121	57,3
Parto cesariano	38	18,1
Ocitocina sintética	27	12,8
Episiotomia	18	8,5
Sutura	7	3,3

Foi utilizado o teste razão de chance e verificado que o risco de internação do recém-nascido é oito vezes maior no grupo que foi aplicado o Kristeller, em relação ao que não existiu esse procedimento durante o trabalho de parto. Neste caso, pode-se afirmar que não realizar a manobra de Kristeller é um fator de proteção para a promoção de saúde neonatal e não indicação para internação hospitalar.

DISCUSSÃO

É preciso entender que o processo de parturição é um fenômeno fisiológico e não deve causar nenhum tipo de abalo emocional negativo na parturiente, deixando de lado os aspectos do conhecimento e autonomia da mulher, não deixando ser tratada como um objeto pertencente a um grupo de profissionais mecanicistas e interventores (Rumel, 2016; Rede Parto do Princípio, 2012). Os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil” revelaram que somente 5,6% das mulheres em trabalho de parto de risco habitual, 3,2% das primíparas desse grupo e 5% do total da amostragem do estudo pariram de modo natural, isentas de qualquer tipo de prática que pudesse intervir na fisiologia do trabalho de parto (Côrtes et al., 2018; Brasil, 2011). Essas informações são preocupantes pois mostram quanto estamos distantes de conseguir implementar de fato a Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNPH). Já no concernente à humanização no atendimento das gestantes é possível identificar situações como vivências dolorosas durante o parto, regadas de humilhações, ofensas e preconceitos relacionados às condições de saúde, vulnerabilidade e até sexual da mulher; haja vista que não é raro, apontando assim uma importante violação dos direitos humanos e da mulher (Brasil, 2011). No que tange intervenções cirúrgicas e realização episiotomia podemos afirmar que, a submissão a um procedimento cirúrgico exacerbado pode acarretar em intercorrências indesejadas às mães de moderadas a graves como dor extrema, infecções locais e generalizadas e o aumento do tempo de internação (Côrtes et al., 2018; Brasil, 2011). A cirurgia em si, por menor que seja, já é um risco potencial tanto para a mãe quanto à criança. Já as lacerações de trajeto de parto podem ser ocasionadas por diversos fatores e posteriores infecções durante o puerpério (Salgado, 2016).

Um dos resultados mais preocupantes foi relacionado ao uso da manobra de Kristeller, a imperícia associada ao uso rotineiro do Kristeller por parte dos profissionais envolvidos na assistência obstétrica demonstra que há ainda um retrocesso no que tange as modificações sugeridas pelas Organizações de Saúde no Brasil e no mundo. A manobra de Kristeller é contraindicada devido não haver comprovações científicas evidentes sobre o real benefício, podendo ocasionar complicações severas como ruptura no útero, laceração do esfíncter anal, hipóxia no recém-nato, fraturas ou luxações de membros e pescoço, hemorragias, hematomas, lacerações de vísceras e costelas, além de dores intensas (Côrtes et al., 2018; Bittencourt et al., 2014; Diniz, Chacam, 2006; Brasil, 2011; Sousa et al., 2016; WHO, 1996). O costume em querer manter a aplicação desta técnica arriscada à todo custo e, por vezes, é literalmente traumática, está sendo aos poucos reduzida, porém, não eliminada, considerando que as práticas obstétricas devem ser baseadas em evidências, não em rotinas e protocolos, as Instituições brasileiras precisam ser reestruturadas e os colaboradores receberem reciclagens contínuas acerca das práticas obstétricas humanizadas

objetivando a melhora na qualidade dos cuidados prestados (Zanardo et al., 2017).

CONCLUSÃO

A definição de violência obstétrica é muito ampla e isso favorece o desconhecimento dessa prática na visão das mulheres internadas em trabalho de parto. O que pode contribuir para que haja casos de maus-tratos e desrespeito por parte da equipe de saúde mediante à situação obstétrica. A maioria das mães não souberam caracterizar uma assistência humanizada, apesar de classificarem como boa a satisfação com o atendimento recebido pela equipe multiprofissional de saúde da clínica obstétrica. Nesse contexto, dentre as principais intervenções obstétricas sem utilidade cientificamente comprovada atualmente realizadas no contexto estudado encontrou-se o uso rotineiro a manobra de Kristeller como a intervenção obstétrica mais aplicada nas gestantes em trabalho de parto ativo; seguido do parto cesariano como desfecho para situação obstétrica apresentada; além do da ocitocina sintética, considerando sua potência medicamentosa e os malefícios ao elo mãe-feto quando o uso é indiscriminado. Diante disso, o presente estudo contribuirá para que possamos notar a necessidade de melhorar consideravelmente as práticas obstétricas que vêm sendo empregadas no cenário estudado afim de homogeneizar uma atenção obstétrica mais apropriada e de fato humanizada no país todo.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, J. M (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, SP, 2010. Acesso em: 19 de maio de 2018.
- Aquino, E. M. (2014). Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S8-S10. Acesso em: 23 de maio de 2018.
- Ayres, M. et al. (2007). *BioEstat 5.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas*. Belém: MCT; IDSM; CNPq, 2007, p. 364 p. Disponível em: <<https://www.mamiraua.org.br/pt-br/publicacoes/publicacoes/2007/livros/bioestat-50/>>. Acesso em: 19 de maio de 2018.
- Bittencourt, S. D. et al. (2014). Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S208-S219. Acesso em: 19 de maio de 2018.
- Brasil (2001). Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Rede Cegonha. Atenção integral a saúde da mulher e da criança. Estratégia de qualificação da atenção obstétrica e infantil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 19 de maio de 2018.
- Brasil (2012). Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Acesso em: 19 de maio de 2018.

- Brasil. (2014). Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento—Cadernos Humaniza SUS. *Universidade Estadual do Ceará. Brasília. Ministério da Saúde*, 4, 465. Acesso em: 19 de maio de 2018.
- Cardoso, F. J. D. C. *et al.* (2017). Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Rev. enferm. UFPE on line*, ISSN 3346-3353. Acesso em: 13 de maio de 2018.
- Conselho Nacional de Saúde. Acesso em 08 de mar. de 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- Côrtes, CT; *et al.* (2018). Implementation of evidence-based practices in normal delivery care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e2988. Acesso em: 19 de maio de 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e2988.pdf. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2177.2988>.
- Diniz, S. G., Chacham, A. S. (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de saúde reprodutiva*, 1(1), 80-91.
- Diniz, S. G.; Chacam, A. S. O (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de saúde reprodutiva*, v.1, n.1, p. 80-91, São Paulo, 2006. Acesso em: 19 de maio de 2018.
- Leal, M. D. C. *et al.* (2014a). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S17-S32. Acesso em: 19 de jun. de 2018.
- Leal, M. do C. *et al.* (2014b). Os autores respondem. Ampliando o debate. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 43-47, 2014b. Acesso em: 19 de jun de 2018.
- Rede Parto do Princípio (2012). Dossiê. *Violência obstétrica - “Parirás com dor”*. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Elaborado para a CPMI Violência Contra as Mulheres. 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em 01 de jun. de 2018.
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde.
- Rumel, D. (1986). "Odds Ratio": algumas considerações. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20: 251-6, 1986. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v20n3/11.pdf>
- Salgado, H. de O. (2016). *Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão pós-parto: Inquérito "Nascer no Brasil", Região Sudeste, 2011 e 2012*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2016.
- Silva, M. G. da *et al.* (2014). Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas. *Rev Rene*. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 720-728, 2014. Acesso em: 19 de maio de 2018.
- Sousa, A. M. M. *et al.* (2016). Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 20(2), 324-331. Acesso em: 19 de maio de 2018.
- WHO. World Health Organization (1996). *Care in normal birth: a practical guide: report of a technical working group*. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Family and Reproductive Health, World Health Organization. Genebra, 1986.
- Zanardo, G. L. P. *et al.* (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29: e155043. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v29/1807-0310-psoc-29-e155043.pdf>. Acesso em 19 de maio de 2018. Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
