

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: UMA PRÁTICA VIVENCIADA POR MULHERES NO PROCESSO PARTURITIVO

OBSTETRIC VIOLENCE: A PRACTICE EXPERIENCED BY WOMEN IN THE PARTURITION PROCESS

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UNA PRÁCTICA EXPERIMENTADA POR LAS MUJERES EN EL PROCESO DE PARTO

Lediana Dalla Costa¹, Rafaela Dias da Silva², Jadieli Simoni Roll³, Marcela Gonçalves Trevisan⁴,
Géssica Tuani Teixeira⁵, Jolana Cristina Cavalheiri⁶, Alessandro Rodrigues Perondi⁷

RESUMO

Objetivo: identificar a prática da violência obstétrica vivenciada no processo da parturição.

Método: pesquisa de campo, exploratória-descritiva com abordagem quantitativa e realizada nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Sudoeste do Paraná. A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem não probabilística, na qual a coleta de dados se deu entre os meses de maio a julho de 2019, utilizando-se de um questionário fechado. O instrumento foi aplicado a 157 puérperas, independentemente do período puerperal, nas unidades de saúde. Os dados receberam tratamento estatístico-descritivo pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 25.0, e o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética. **Resultados:** observou-se que 52,9% realizaram cesariana e 5,1% relataram que os gritos e críticas, por parte dos profissionais de saúde, ocorreram de forma intensa. Acerca dos atos de violência obstétrica, constatou-se a ocorrência da manobra de kristeller (24,2%), toques vaginais frequentes (41,4%), realizados por vários profissionais (31,8%) e a não permissão da ingestão de alimentos ou bebidas durante o trabalho de parto (26,8%). **Conclusão:** há atos violentos nos atendimentos realizados na assistência às parturientes. Ressalta-se, assim, a importância do empoderamento feminino e a adesão às satisfatórias práticas obstétricas.

Descritores: Violência; Obstetrícia; Parto; Humanização da Assistência; Modelos de Assistência à Saúde; Enfermeiras Obstétricas.

ABSTRACT

Objective: to identify the practice of obstetric violence experienced in the parturition process.

Method: exploratory-descriptive field research with a quantitative approach conducted in the Primary Health Care Units of a city in the southwest of Paraná. The selection of participants

occurred through non-probability sampling, in which data collection took place between May and July 2019, using a closed questionnaire. The instrument was applied to 157 puerperae women, regardless of the puerperal period, in health units. The data received statistical-descriptive treatment by the Statistical Package for the Social Sciences version 25.0. The study was approved by the Ethics Committee. **Results:** it was observed that 52.9% had cesarean sections and 5.1% reported that shouting and criticism by health professionals were intense. About the acts of obstetric violence, the occurrence of kristeller maneuver (24.2%), frequent vaginal touches (41.4%), performed by several professionals (31.8%) and not allowing the ingestion of food or beverages during parturition(26.8%) were observed. **Conclusion:** there are violent acts in the care provided to the parturients. Thus, the importance of female empowerment and adherence to satisfactory obstetric practices is emphasized.

Descriptors: Violence; Obstetrics; Parturition; Humanization of Assistance; Healthcare Models; Nurse Midwives.

RESUMEN

Objetivo: identificar la práctica de la violencia obstétrica experimentada en el proceso de parto.

Método: investigación de campo, exploratoria-descriptiva con enfoque cuantitativo y realizada en Unidades de Atención Primaria de Salud de un municipio del sudoeste de Paraná. La selección de los participantes se produjo a través de un muestreo no probabilístico, en el que la recogida de datos se realizó entre los meses de mayo y julio de 2019, mediante un cuestionario cerrado. El instrumento se aplicó a 157 puérperas, independientemente del período puerperal, en unidades de salud. Los datos recibieron tratamiento estadístico-descriptivo mediante el Statistical Package for the Social Sciences versión 25.0. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética. **Resultados:** se observó que el 52,9% realizó la cesárea y el 5,1% relató que los gritos y las críticas, por parte de los profesionales de la salud, se produjeron de forma intensiva. Sobre los actos de violencia obstétrica, se observó la ocurrencia de la maniobra de kristeller (24,2%), toques vaginales frecuentes (41,4%), realizados por varios profesionales (31,8%) y no permitir la ingesta de alimentos o bebidas durante el parto (26,8%). **Conclusión:** hay ataques violentos en las atenciones realizadas en la asistencia a las parturientas. Resalta, pues, la importancia del empoderamiento femenino y la adhesión a las prácticas obstétricas satisfactorias.

Descriptores: Violencia; Obstetricia; Parto; Humanización de la Atención; Modelos de Atención de Salud; EnfermerasObstetricas.

¹Paranaense University/UNIPAR. Francisco Beltrão (PR), Brazil. ¹ <http://orcid.org/0000-0002-9114-3669>

²Paranaense University/UNIPAR. Francisco Beltrão (PR), Brazil. ² <https://orcid.org/0000-0002-6157-2251>

³Paranaense University/UNIPAR. Francisco Beltrão (PR), Brazil. ² <https://orcid.org/0000-0002-0093-9961>

⁴Paranaense University/UNIPAR. Francisco Beltrão (PR), Brazil. ² <http://orcid.org/0000-0002-1703-7200>

⁵Paranaense University/UNIPAR. Francisco Beltrão (PR), Brazil. ² <https://orcid.org/0000-0002-4479-1452>

⁶Paranaense University/UNIPAR. Francisco Beltrão (PR), Brazil. ² <https://orcid.org/0000-0002-2001-8828>

Como citar esse artigo

Dalla Costa L, Silva RD, Roll JS, Trevisan MG, Teixeira GT, Cavaleiro JC, Perondi AR. Violência obstétrica: uma prática vivenciada por mulheres no processo parturitivo. Rev enferm UFPE on line. 2022; 16:e252768 DOI: <http://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252768>

INTRODUÇÃO

A maternidade é o início de um novo ciclo e, geralmente, é esperada com grandes expectativas. Este processo deve ocorrer de forma fisiológica, respeitando as escolhas, integridade física e mental, sentimento e autonomia da mulher.¹ Contudo, a forma de parir sofreu importantes mudanças com o passar do tempo. Embora tenham trazido importantes benefícios, os procedimentos cirúrgicos, a utilização de medicamentos, a presença de profissionais capacitados e a tecnologia contribuíram para a desumanização do parto e o aumento da violência obstétrica.²

A violência é representada como um grave problema social, manifestando-se por meio de atitudes violentas que atingem o indivíduo. Dentre os tipos de violência, destaca-se a violência obstétrica, definida como ações que violam a assistência ao parto. Ao mesmo tempo em que ferem o princípio da autonomia, por não permitir a tomada de decisão durante o processo de parturição, resultando em ações desumanizadas que prejudicam a qualidade de vida.³

A violência obstétrica viola os direitos humanos e implica diretamente a morbimortalidade materna. Caracteriza-se por maus tratos físicos, psicológicos, verbais, além da utilização de procedimentos desnecessários que causam danos às vítimas, como episiotomias, tricotomia, ocitocina de rotina, restrição ao leito, manobra de Kristeller, privação de acompanhante, toques vaginais repetitivos, entre outros.⁴

O atual modelo de parto está marcado pela medicalização da assistência, tornando-se intervencionista.⁵ No Brasil, em torno de 87% das mulheres sofrem algum tipo de violência em seu trabalho de parto e parto.⁶ Além disso, estudo evidenciou, como principais atos de violência, o contato com o bebê adiado para depois da realização de procedimentos (29,7%), corte imediato do cordão umbilical (29,0%), e quando o bebê é levado sem explicações (27,7%). Destacam-se ainda, a posição supina durante o parto e o uso de ocitocina.^{5,6}

O projeto de Lei n.º 160/2018 que dispõe sobre a violência obstétrica, salienta os direitos da gestante e da parturiente e revoga a Lei n.º 19.207, de 1º de novembro de 2017 que configura como violência obstétrica a negligência na assistência, tratamentos excessivos e inapropriados, coação da vítima para inibir denúncias cometidas por quaisquer profissionais de saúde de instituições públicas e privadas e omissão de informações pertinentes.⁷

Ainda, a Lei ressalta os direitos da assistência humanizada, tais como: avaliação de risco gestacional; a presença de acompanhante; tratamento individualizado; preservação da intimidade; e direito a informações. Ademais, deve estar exposta de forma visível ao público, possibilitando denúncias em razão do seu descumprimento.⁷ O Ministério da Saúde dispõe de diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, tendo como objetivos fornecer orientações, proteger e incentivar a humanização do atendimento à parturiente, por meio de boas práticas.⁸

A equipe interdisciplinar desempenha um papel fundamental no processo de parturição; esta deve prestar assistência de forma humanizada, respeitosa e acolhedora, oferecendo escuta ativa e proporcionando a autonomia, buscando modificar o atual cenário da violência obstétrica.²

Sabe-se que a violência obstétrica sempre esteve no contexto obstétrico, porém, atualmente vem tomando consideráveis proporções em nível mundial. Fato que pode estar associado às novas tecnologias e ao empoderamento feminino, uma vez que a promoção da autonomia na gestação faz com que as mulheres busquem seus direitos e passem a cobrá-los, dando maior visibilidade ao assunto.

Devido à inexistência de estudos, no Sudoeste do Paraná, que possam contribuir para o esclarecimento dessas mulheres sobre a realidade e contextualização da violência durante o parto, este assunto se torna unânime em nossa região. Dessa forma, a identificação dos principais tipos de violência obstétrica ocorridos na região pode contribuir para o processo de humanização no parto e nascimento.

Neste contexto, questiona-se: Qual é a realidade da violência obstétrica vivenciada por puérperas no processo da parturição no ambiente hospitalar?

OBJETIVO

Identificar a prática da violência obstétrica vivenciada no processo da parturição.

MÉTODO

Pesquisa de campo, exploratória-descritiva, com abordagem quantitativa e realizada em Unidades de Atenção Primária à Saúde de um município do Sudoeste do Paraná.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, o município dispõe de uma população estimada de 89.942 habitantes, possuindo área territorial de 735.111K². Atualmente, sendo compostas por vinte Estratégias da Saúde da Família, destas, dezesseis localizadas na área urbana e quatro na área rural e ainda, duas Unidades Básicas de Saúde e um Centro de Saúde. Os locais foram escolhidos para estudo por fazerem parte da Atenção Primária à Saúde do município.

As participantes do estudo correspondem às puérperas atendidas nas diferentes unidades de saúde do município, no período de coleta de dados, sendo a amostragem de forma não probabilística, do tipo conveniência por meio de variável temporal, constituindo a amostra 157 mulheres que aceitaram participar e respeitavam os critérios do estudo.

Foram incluídas puérperas com até 45 dias pós-parto pertencentes às APS e cadastradas no programa Rede Mãe Paranaense, independentemente da idade, que realizaram parto vaginal ou cesárea em maternidades públicas e privadas do município. As participantes menores de idade foram inseridas mediante autorização de um responsável. Foram excluídas aquelas que não se enquadravam nesses critérios.

A seleção das participantes considerou as puérperas que retornavam aos serviços de saúde para consulta puerperal, sendo a identificação e controle realizados por listagem oferecida pelos enfermeiros responsáveis pelo acompanhamento pré-natal.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a agosto de 2019. As participantes foram abordadas de forma individual, e o questionário estruturado construído pelos pesquisadores foi aplicado em formato de entrevista, o qual contemplou as variáveis sociodemográficas (faixa etária, estado civil, raça, escolaridade e renda familiar), obstétricas (se realizou acompanhamento pré-natal, tipo de unidade de saúde, número de consultas pré-natal, número de gestações, se houve aborto, idade gestacional do nascimento, período de puerpério atual, ocorrência de complicações no pré-natal, parto e puerpério), histórico do parto (local do parto, responsável pela realização, tipo de parto, preferências no início e no final da gestação e o desejo da via de parto). Ainda, o quão intensas foram as vivências durante o parto (ocorrência de ameaças, gritos, piadas, críticas e comentários irônicos, uso de apelidos e o impedimento da presença de acompanhante), os sentimentos experienciados (se sentiu-se ameaçada, vulnerável, exposta ou sem privacidade, à vontade para questionamentos e qual foi seu nível de satisfação com o atendimento) e as intervenções realizadas (se a mulher entrou em trabalho de parto, se durante o parto a mulher foi impedida de caminhar ou procurar posição adequada, se acompanhante estava presente, se houve a realização de enema, tricotomia, uso de ocitocina, mais de quatro toques vaginais, toques vaginais realizados por vários profissionais, proibição da ingestão de alimentos, rompimento artificial da bolsa, manobra de

Kristeller, episiotomia, cesariana, corte imediato do cordão umbilical, puxos dirigidos no período expulsivo, conversas paralelas, contenção mecânica e o adiamento ou impedimento do contato da dupla mãe-bebê logo após o nascimento).

Foram preservados todos os preceitos éticos de acordo com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Paranaense sob parecer n.º 3.291.378 e CAAE n.º 11627519.0.0000.0109.

Os dados foram descritos e tabulados em planilha do Excel e receberam tratamento estatístico-descritivo, por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0 para distribuição de frequências absolutas e relativas.

RESULTADOS

Ao considerar os dados sociodemográficos, identificou-se que em relação à idade, houve predomínio de puérperas de 20 a 34 anos (69,4%). No que tange ao estado civil, teve como principal característica a presença de puérperas em união estável (59,9%) e de cor branca (61,1%). Em relação à escolaridade, a maioria possuía ensino médio completo (39,5%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (43,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos de puérperas pertencentes às Unidades de Atenção Primária. Francisco Beltrão (PR), Brasil, 2019.

Variável	N	%
Faixa etária		
Até 19 anos	25	15,9
20 a 34 anos	109	69,4
> 35 anos	23	14,6
Estado Civil		
Casada	37	23,6
União Estável	94	59,9
Solteira	25	15,9
Divorciada	1	0,6
Raça		
Branca	96	61,1
Parda	58	36,9
Negra	3	1,9

Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	28	17,8
Ensino fundamental completo	5	3,2
Ensino médio incompleto	32	20,4
Ensino médio completo	68	39,5
Ensino superior incompleto	16	10,2
Ensino superior completo	14	8,9
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	31	19,7
1 a 2 Salários mínimos	68	43,3
> que 2 salários mínimos	25	15,9
3 a 5 salários mínimos	28	17,8
>5 salários mínimos	5	3,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Ao responder ao questionário, 59,9% das puérperas estavam em puerpério tardio. As participantes relataram terem feito pré-natal (98,7%), em Estratégias de Saúde da Família (73,2%), em número superior a 6 consultas (89,2%). Acerca do número de gestações, 42,0% tinham apenas 1 filho e 82,8% nunca abortaram. Além disso, quanto ao período de nascimento, a maioria classificou de 37 a 42 semanas (83,4%). No que tange às complicações durante pré-natal, parto e puerpério, 66,2% não as apresentaram, contudo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (8,3%) e outras patologias (12,1%) estiveram presentes (Tabela 2).

Tabela 2. Dados Obstétricos de puérperas pertencentes às Unidades de Atenção Primária. Francisco Beltrão (PR), Brasil, 2019.

Variável	N	%
Realização do pré-natal		
Sim	155	98,7
Não	2	1,3
Unidade da realização do pré-natal		
Estratégia de Saúde da Família	115	73,2
Unidade Básica de Saúde	42	26,8
Número de consultas		
1 a 2	2	1,3
3 a 4	1	0,6

5 a 6	14	8,9
> que 6	140	89,2
Número de gestações		
1	66	42,0
2	57	36,3
3	26	16,6
3 ou mais	8	5,1
Aborto		
Sim	27	17,2
Não	130	82,8
Idade gestacional de nascimento		
Pré-termo	18	11,5
Termo	131	83,4
Pós-termo	8	5,1
Período de Puerpério		
Imediato	42	26,8
Tardio	94	59,9
Remoto	21	13,4
Complicações no pré-natal parto e puerpério		
Sim	53	33,8
Não	104	66,2
Tipo de complicações		
HAS	13	8,3
Pré-eclampsia	1	0,6
Diabetes gestacional	9	5,7
Descolamento da placenta	11	7,0
Outros	19	12,1
Não apresentou	104	66,2

Em relação ao tipo de parto, o maior número de nascimentos se deu em instituições públicas (96,2%), sendo, na sua maioria, realizado por médicos obstetras (93,6%), no qual o tipo de parto foi a cesariana agendada (37,7%). Apesar disso, observa-se que tanto no início da gestação (74,5%) quanto no final (71,3%) as mulheres tiveram a preferência pelo parto normal. Já as mulheres que realizaram cesariana aludiram que preferiam o parto normal no início da gestação, mas mudaram

de opinião por indicação médica (33,1%), enquanto as que tiveram como desfecho o parto vaginal, tinham essa via de parto como preferência no início da gestação (37,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Histórico de parto e desejo da via de parto de puérperas pertencentes às Unidades de Atenção Primária. Francisco Beltrão (PR), Brasil, 2019.

Variável	N	%
Local do parto		
Hospital Público	151	96,2
Hospital Privado	6	3,8
Profissional que realizou o parto		
Enfermeiro Obstetra	9	5,7
Médico Obstetra	147	93,6
Obstetriz	1	0,6
Tipo de parto		
Normal sem indução	23	14,6
Normal com indução	41	26,1
Cesária após entrar em trabalho de parto	9	5,7
Cesária agendada	56	35,7
Cesária de emergência	28	17,8
Preferência do tipo de parto no início da gestação		
Parto Normal	117	74,5
Cesária	40	25,5
Preferência do tipo de parto no final da gestação		
Parto normal	112	71,3
Cesária	45	28,7
Parto cesariano		
Desejou	34	21,7
Parto normal, mas mudou de ideia	3	1,9
Parto normal e mudou de ideia por indicação médica	52	33,1
Fez cesariana contra sua vontade	2	1,3
Outro	2	1,3
Não se aplica	64	40,8
Parto normal		
Desejou	56	35,7

Queria cesariana, mas mudou de opinião	4	2,5
Queria cesariana, mas mudou de opinião por indicação médica	3	1,9
Você queria cesariana, mas o parto foi feito contra sua vontade	3	1,9
Não se aplica	91	58,0

As experiências e os sentimentos vivenciados pelas participantes foram classificados de acordo com a intensidade. Quando questionadas se alguém as havia ameaçado, 98,1% afirmaram não terem sido ameaçadas. Da mesma forma, 93,0% mencionaram que não houve gritos por parte dos profissionais. Todavia, 5,1% relataram que os gritos e críticas por seu lamentos e choros ocorreram de forma muito intensa. A respeito da atitude do profissional, as participantes negaram a ocorrência da ordem para parar de gritar (92,4%), piadas (98,7%), comentários irônicos (96,2%), apelidos desagradáveis (99,4%) e o impedimento da presença do acompanhante (94,9%). Ademais, 88,5% não se sentiram à vontade para fazer perguntas, porque não respondiam ou respondiam mal.

Contudo, convém mencionar que 3,8% sentiram-se ameaçadas pela fala ou atitude de algum profissional de forma intensa. Os sentimentos de vulnerabilidade, inferioridade, insegurança ocorreram com muita intensidade para 14,0%. Quando indagadas se haviam se sentido sem privacidade, a maioria afirmou que não (84,7%). Acerca do nível de satisfação com a equipe que as atendeu, 86,0% sentiram-se satisfeitas com muita intensidade (Tabela 4).

Tabela 4. Vivências de puérperas acerca das condutas adotadas pelos profissionais de saúde durante o processo de parturição. Francisco Beltrão (PR), Brasil, 2019.

Variável	N	%
Ameaças		
Não ocorreu	154	98,1
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	2	1,3
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	1	0,6
Gritos		
Não ocorreu	146	93,0
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	3	1,9
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	8	5,1
Mandou parar de gritar		
Não ocorreu	145	92,4
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	5	3,2
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	7	4,5
Fez piada		

Não ocorreu	154	98,7
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	1	0,6
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	2	1,3
Críticas por lamentos e choros		
Não ocorreu	149	94,9
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	2	1,3
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	6	3,8
Comentários irônicos		
Não ocorreu	151	96,2
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	2	1,3
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	4	2,5
Chamou por apelido		
Não ocorreu	156	99,4
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	1	0,6
Impediu a presença de acompanhante		
Não ocorreu	149	94,9
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	2	1,3
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	6	3,8
Sentiu-se pouco à vontade para fazer perguntas porque não te respondiam ou te respondiam mal		
Não ocorreu	139	88,5
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	9	5,7
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	9	5,7
Sentiu-se ameaçada pela fala ou atitude de algum profissional		
Não ocorreu	147	93,6
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	4	2,5
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	6	3,8
Sentiu-se vulnerável, insegura, inferior		
Não ocorreu	111	70,7
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	24	15,3
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	22	14,0
Sentiu-se exposta ou sem privacidade		
Não ocorreu	133	84,7
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	9	5,7

6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	15	9,6
Satisfação com a equipe que atendeu		
Não ocorreu	1	0,6
1 a 5 - Ocorreu em pouca intensidade	21	13,4
6 a 10 - Ocorreu de forma muito intensa	135	86,0

No que concerne às intervenções e condutas praticadas pelos profissionais de saúde no trabalho de parto, observou-se que em 53,5% dos trabalhos de parto, o cônjuge prevaleceu como acompanhante. Em relação às boas práticas obstétricas, observou-se a exposição a intervenções que devem ser utilizadas de forma parcimoniosa, como o corte imediato do cordão umbilical (81,5%), o uso da ocitocina (29,3%), o rompimento artificial da bolsa (22,9%) e a realização da episiotomia (20,4%). No que tange às intervenções não recomendadas, foram evidenciados repetidos toques vaginais em menos de 60 minutos (41,4%), realizados por vários profissionais (31,8%), ocorrência da manobra de kristeller (24,2%), o impedimento do consumo de alimentos ou bebidas durante o trabalho de parto (26,8%), a contenção das mãos (33,8%) durante a cesariana, conversas paralelas por parte dos profissionais (36,6%) e o recém-nascido foi levado sem o consentimento da mãe (24,8%). Ainda, constatou-se o não contato direto do recém-nascido na primeira hora de vida com a mãe (64,2%) e o impedimento de amamentar na primeira hora (54,1%) (Tabela 5).

Tabela 5. Intervenções adotadas pelos profissionais de saúde durante o processo de parturição. Francisco Beltrão (PR), Brasil, 2019.

Variável	N	%
Entrou em trabalho de parto		
Sim, entrou em trabalho de parto	84	53,5
Não entrou em trabalho de parto e fez cesárea	73	46,5
Durante o trabalho de parto		
Foi impossibilitada de caminhar	6	3,8
Foi impossibilitada de procurar posição adequada	5	3,2
Não ocorreu	146	93,0
Presença de acompanhante		
Apenas mulher	17	10,8
Sem acompanhante	26	16,6
Mãe	18	11,5

Cônjuge	91	58,0
Madrinha	1	0,6
Outros	4	2,5
Enema		
Sim	1	0,6
Não	156	99,4
Tricotomia		
Sim	5	3,2
Não	152	96,8
Uso de ocitocina		
Sim	46	29,3
Não	111	70,7
Repetidos toques vaginais em menos de 1 hora		
Sim	65	41,4
Não	92	58,6
Toques vaginais realizados por vários profissionais		
Sim	50	31,8
Não	107	68,2
Proibida de ingerir alimentos e bebidas		
Sim	42	26,8
Não	115	73,2
Rompimento artificial da bolsa		
Sim	36	22,9
Não	121	77,1
Manobra de Kristeller		
Sim	38	24,2
Não	119	75,8
Episiotomia		
Sim	32	20,4
Não	125	79,6
Cesárea		
Sim	83	52,9
Não	74	47,1
Corte imediato do cordão umbilical		

Sim	128	81,5
Não	29	18,5
No período expulsivo		
Foi privada de adotar postura confortável	4	2,5
Teve puxos dirigidos pelos profissionais	8	5,1
Não sabe não lembra	40	25,5
Não ocorreu	105	66,9
Na cesárea, cortaram abdômen antes que a anestesia fizesse efeito		
Sim	3	1,9
Não	154	98,1
Conversas paralelas entre os profissionais		
Sim	57	36,3
Não	100	63,7
Mantiveram mãos amarradas		
Sim	53	33,8
Não	104	66,2
Realizaram procedimentos sem consentimento		
Sim	8	5,1
Não	149	94,9
Logo após o nascimento teve contato com o bebê adiado		
Sim	98	64,2
Não	59	37,6
Seu bebê levado para sala de procedimento sem explicação		
Sim	39	24,8
Não	118	75,2
Foi forçada a amamentar ou a estabelecer vínculo		
Sim	10	6,4
Não	147	93,6
Impediram ou dificultaram o aleitamento na primeira hora		
Sim	85	54,1
Não	72	45,9

DISCUSSÃO

Muitos avanços acerca das boas práticas obstétricas já estão sendo instituídos. Contudo, o atual modelo de assistência ao parto e nascimento ainda compreende inúmeras condutas realizadas sem a devida necessidade ou sem indicações precisas. Nota-se que o protagonismo no trabalho de parto não está sendo respeitado, mesmo com as recomendações do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal.⁵

O ciclo gravídico-puerperal expõe a mulher a diversos agravos que estão intimamente relacionados a causas de morbimortalidade materna e neonatal. O Ministério da Saúde, por meio de Programas e Políticas Públicas, reforça a humanização das práticas em saúde durante esse período.⁹

Ao analisar os dados sociodemográficos, identificou-se que as mulheres se encontravam na fase reprodutiva e com faixa etária entre 20 a 34 anos. Dados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa cujas puérperas apresentaram idade entre 20 a 35 anos.¹⁰

No que tange ao estado civil, evidenciou-se que houve predomínio de puérperas com companheiro. Estudo também constatou dados similares (83,0%) e ainda, evidenciou que a figura paterna é de considerável importância para o fortalecimento de vínculo tanto com a mãe quanto com o recém-nascido, fazendo com que o pai transmita segurança em uma etapa de dificuldades.¹¹

Em relação à cor da pele, observou-se predomínio da cor branca, divergindo de estudo realizado na Bahia, onde prevaleceu a raça negra. Tal fato se justifica pela colonização de cada região. Ademais, identificou-se que em ambas as pesquisas as puérperas possuíam ensino médio completo.¹²

O grau de escolaridade está intimamente relacionado ao nível de entendimento e à inserção no mercado de trabalho, implicando diretamente na condição financeira, na qualidade de vida e estado de saúde da mulher. Salienta-se que quanto maior a escolaridade materna maior será a adesão às consultas. Sem dúvida, a realização do pré-natal é imprescindível para a redução do desenvolvimento de morbidades materno-infantis e óbitos por causas evitáveis.¹³

Constata-se que há ótima adesão das puérperas ao acompanhamento de pré-natal, corroborando estudo realizado em São Paulo, em que 99,6% estavam em acompanhamento, totalizando mais de seis consultas. O estudo ainda salienta a importância da implementação do Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento, com o intuito de humanizar a assistência e proporcionar melhor adesão às consultas.¹⁴ A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde preconizam a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, objetivando a redução dos índices de morbimortalidade materna e neonatal.¹⁵

Ao considerar que a maior adesão às consultas se deu em Estratégias de Saúde da Família, menciona-se a importância da realização de uma assistência contínua às famílias e a busca ativa efetiva. Faz-se mister destacar que as Unidades de Atenção Básica dirigem seus atendimentos à livre demanda e executam seus serviços de forma mais ampla.¹⁶

Com relação à maternidade, as expectativas e experiências do parto podem influenciar as escolhas em futuras gestações, desta forma, é imprescindível que haja uma escuta qualificada neste momento tão importante. Em relação ao número de gestações, prevaleceram as primigestas. Estudo realizado na cidade de Alagoas, identificou dados que vão ao encontro do presente estudo, quando a maioria das parturientes também relatou ser sua primeira experiência.¹⁷

No pós-parto, período que inicia no momento da expulsão da placenta e perdura até o 42º dia após o nascimento da criança, podem ocorrer várias complicações nos sistemas cardiovascular, tegumentar, respiratório, hematopoiético, endócrino e reprodutor, inclusive óbitos maternos por causas evitáveis. Desta forma, faz-se necessário o acompanhamento da mulher neste estágio por meio da consulta puerperal.¹¹

Considerando que dentre as complicações, uma parcela significativa de puérperas desenvolveu HAS, destaca-se a importância da adesão às medidas de controle deste agravo. Sabe-se que as causas mais frequentes de óbito materno são as obstétricas diretas, com destaque para as hemorragias (54%), seguidas das síndromes hipertensivas (46%).¹⁸

Atualmente, observa-se um esforço para resgatar a humanização do parto, que infelizmente se perdeu com a introdução das diversas tecnologias. Sabe-se que a humanização significa acolher a parturiente, respeitar a sua individualidade e não intervir em processos naturais com práticas assistenciais desnecessárias, valorizando as mulheres.¹⁹

Infelizmente, apesar dos esforços do Ministério da Saúde e dos movimentos de humanização, é notável o elevado índice de cesariana agendada na pesquisa, que pode, por sua vez, estar associado à falta de indicações por meio de evidências científicas.⁸ A Organização Mundial da Saúde recomenda que apenas 15% dos partos sejam feitos por cesárea agendada ou de emergência. Mas, no Brasil, 56% dos nascimentos acontecem via cirúrgica, desrespeitando esta recomendação.²⁰

Fatores como a evolução de técnicas cirúrgicas e anestésicas, redução dos riscos de complicações pós-operatórias imediatas, a remuneração e a escolha da via de parto pelas gestantes podem justificar os elevados índices de cesariana no Brasil, bem como a sua praticidade.²¹

Apesar de os médicos obstetras serem responsáveis pelo maior número de nascimentos, os enfermeiros obstetras também são legalmente habilitados para atuar na assistência ao parto em risco habitual. No entanto, enfatiza-se que ainda se tem resistência quanto à autonomia deste profissional em instituições hospitalares do Sistema Único de Saúde.²²

Evidenciou-se também que grande parte das puérperas relatou a preferência pelo parto normal no início e no final da gestação, essa preferência se justifica pela recuperação materna mais rápida, a opção por um parto normal e saudável para mãe e para a criança, maior facilidade no aleitamento, dentre outras.²³ Porém, na presente pesquisa, é evidente que suas escolhas não foram respeitadas, considerando o índice elevado de cesarianas quando comparado com o parto vaginal.

Destaca-se que uma parcela significativa de puérperas mudou de opinião por indicação médica. Sugere-se que o medo da dor do parto vaginal, experiências negativas anteriores e o desejo da realização do procedimento de laqueadura, também podem ter interferido na escolha.¹⁷

Assim sendo, as vivências das mulheres são consideradas um ponto influenciador nas escolhas de via de parto devido às suas primeiras experiências. Mas, para muitas mulheres, o processo de dar à luz ocorre de forma desrespeitosa, principalmente quando os profissionais de saúde não compreendem suas individualidades, dificuldades e limitações.²⁴

Embora a maioria das puérperas referiu satisfação com o atendimento prestado pela equipe de saúde e afirmou que não recebeu ameaças, uma parcela significativa considerou que as críticas dos profissionais em relação às suas lamentações ocorreram de forma muito intensa. Sabe-se que o termo violência obstétrica não se configura apenas como violência física, mas como psicológica, podendo ocorrer no pré-natal, parto e puerpério. Logo, gritos e ofensas são considerados atos de violência.²⁴

Estudo identificou que 21,6% das gestantes receberam críticas por chorar e gritar durante o trabalho de parto e 19,5% não exacerbaram suas emoções com medo de maus tratos e foram submetidas a piadas relacionadas ao seu comportamento.²⁵ Embora os dados deste estudo não sejam tão expressivos, apresentam relevância, uma vez que estas condutas são inadmissíveis e estão em desacordo com a política de humanização.

As mulheres com baixa renda familiar e negras estão mais propensas a sofrerem discriminação na assistência ao parto e violência. E, mesmo com a presença de acompanhante, este ato é praticado, porém, em menor proporção.²⁶

Apesar de a maioria das mulheres estar acompanhada, identificou-se que a ausência de acompanhante foi referida por 27,4% das puérperas. Neste contexto, sugere-se que a falta de conhecimento acerca dos direitos da gestante e da lei vigente contribuam para tais números. Inclusive, para defender a presença do acompanhante, desenvolveu-se o projeto de Lei n.º 160/2018 que dispõe sobre a violência obstétrica, direitos da gestante e da parturiente.⁹

Sem dúvida, a ausência do acompanhante pode intensificar os sentimentos de medo, insegurança e solidão durante o parto e pós-parto. Faz-se imprescindível que os profissionais realizem uma

assistência humanizada considerando a decisão da mulher, de forma que o parto não seja um evento traumático.²⁷

Estudo identificou que a prática obstétrica se tornou mecanizada, em que a mulher é submetida a vários procedimentos como se fosse uma linha de montagem, passando por momentos que infringem a fisiologia do parto.⁶

No que diz respeito às intervenções no trabalho de parto, outro estudo também evidenciou que as parturientes foram impossibilitadas de caminhar e tiveram puxos dirigidos.⁶ É sabido que a prática de caminhadas durante o trabalho de parto contribui para a evolução positiva, uma vez que auxilia a dilatação. Ademais, deve-se apoiar a realização de puxos espontâneos, evitando-se os dirigidos. Caso o puxo espontâneo seja ineficaz, devem-se oferecer outras estratégias para auxiliar o nascimento, como o encorajamento e a mudança de posição.⁸

No que se refere às intervenções obstétricas com uso da ocitocina, vale ressaltar que sua prática não deve ser utilizada como rotineira, e sim indicada para situações em que as condutas integrativas não forem resolutivas, necessitando da prescrição farmacológica.⁸

Entretanto, quando a ocitocina é liberada de forma fisiológica por meio da lactação, ela é benéfica para o organismo ao promover a contração uterina, contribuindo para sua involução.²⁸ A ocitocina, se usada por via intramuscular e em doses baixas é considerada um fator de prevenção nas hemorragias pós-parto, podendo ter uma diminuição de 50% dos casos.¹⁸

É possível evidenciar que as intervenções no trabalho de parto se apresentam em proporções menores quando comparadas a outras pesquisas, o que pode ser justificado pela conscientização dos profissionais de saúde. Entretanto, pesquisa evidenciou várias intervenções, que não consideraram a autonomia da mulher, dentre elas, a obrigatoriedade quanto à posição de litotomia (91,7%), seguida de episiotomia (56,1%) e manobra de kristeller (37,3%).²⁹

Enfatiza-se ainda, que não houve interação entre o binômio mãe-filho na primeira hora após o nascimento. O contato mãe e filho na primeira hora de vida é indispensável, pois além de promover segurança, pode prevenir hemorragias pós-parto, principalmente quando associado ao aleitamento materno.¹⁸

Sem dúvida, o enfermeiro é o profissional cujas ações são realizadas de forma humanizada. Devido à sua formação acadêmica, busca promover uma assistência de qualidade baseada em princípios éticos. Todavia, a baixa adesão às boas práticas obstétricas podem ser justificadas pelo atual modelo de assistência à saúde que se baseia no autoritarismo e intervencionismo, não promovendo o empoderamento da parturiente.³⁰

Apesar de ser um tema enfatizado atualmente, a violência, de maneira geral, é descrita como um problema de saúde mundial. O combate à violência de gênero está entre os objetivos do desenvolvimento sustentável e, ainda é um desafio, visto que mesmo com tantas políticas públicas presentes em nosso meio, as intervenções ainda acontecem de forma exagerada.³⁰

Valer ressaltar que, embora o número de intervenções ocorridas na pesquisa não seja expressivo, deve-se considerá-lo, uma vez que foi observado que as mulheres, muitas vezes, têm medo de relatar o que sofreram. Por fim, evidencia-se, como principal limitação, o desconhecimento das parturientes acerca das práticas assistenciais a que foram submetidas e das condutas obstétricas que implicam diretamente atos violentos que são realizados durante o parto.

CONCLUSÃO

Identificou-se que a não adoção de boas práticas, as condutas rotineiras dos ambientes hospitalares e a violência obstétrica estiveram presentes no cotidiano das parturientes e infringiram diretamente a autonomia da mulher durante o trabalho de parto. Suas escolhas e desejos pelo parto normal no início e no final da gestação não foram respeitados, ocasionando parto cesáreo em mais da metade das parturientes.

A realização do estudo possibilitou a visualização do cenário atual de parto, em que as puérperas ainda sofrem atos de violência obstétrica devido ao modelo mecanicista que não possibilita a autonomia no processo de parturição, resultando em intervenções desnecessárias. Cabe, portanto, aos enfermeiros obstetras empoderarem-se em relação ao parto, garantindo uma melhor adesão às boas práticas obstétricas. Salienta-se a importância da atualização dos profissionais em relação às condutas realizadas para que haja mudanças nos atendimentos, pautadas em políticas dirigidas à humanização dos atendimentos e leis que regulamentam a assistência às parturientes.

Ademais, destaca-se a importância do empoderamento feminino, da vivência da mulher no parto como uma experiência positiva e da adesão às boas práticas obstétricas de atenção ao parto e nascimento para diminuição destas ações cometidas sem a devida necessidade.

CONTRIBUIÇÕES

Informa-se que todos os autores contribuíram com contribuição intelectual igualmente para a concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados bem como para a redação e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Silva MG, Marecelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência Obstétrica na Visão de enfermeira Obstetras. Revista Rene. 2014 July/Aug;15(4):720-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.201400040020>
2. Moura RCM, Pereira TF, Rebouças FJ, Costa CM, Lernades AMG, Silva LKA et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. Revista Enfermagem Foco. 2018 oct;[Cited 2019 Jan 05]; 9(4):60-65. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1333>
3. Souza AB, Silva LC, Alves RN, Alarcão ACJ. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. Revista ciência Médicas. Campinas. 2016 Sept/Dec [cited 2019 Jan 10];25(3):115-128. Available from: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3641/2486>
4. Perreira JS, Silva JCO, Borges NA, Ribeiro MMG, Aurek LJ, Souza JHK. Violência Obstétrica: Ofensa a Dignidade Humana. Revista Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research- BJSCR. 2016 June/Aug: [Cited 2019 jan 06];15(1):103-108. Available From: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf
5. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil online. Recife. 2016 Jan/Mar;16(1):29-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>.
6. Palma CC, Donelli TMS. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. Revista Psico, Porto Alegre. 2017;48(3):216-230. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2017.3>
7. Paraná. Lei n. 19.701, de 20 de novembro de 2018. Dispõe Sobre a Violência Obstétrica, Sobre Direitos Da Gestante e Da Parturiente e Revoga a Lei n° 19.207 de 1° de novembro de 2017. Assembleia Legislativa do Estado do Paraná, Curitiba, 57. mar. 2018. Available from: <http://www.assembleia.pr.leg.br/comunicacao/noticias/assembleia-aprova-projeto-de-lei-que-combate-a-violencia-obstetrica-e-reforca-direitos-das-gestantes>
8. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 53 p. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
9. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. Caderno Saúde Pública. 2017;33(3):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00136215>
10. Inagaki ADM, Silva JC, Santos MS, Santos LV, Abud ACF, Cruz VC. Cesárea: Prevalência, Indicações e Desfecho do Recém-nascido. Revista enfermagem UFPE online. 2014 Dec; 8(12):4278-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
11. Alves, LM, Siqueira FPC, Mazzetto FM. Violência Obstétrica: Investigação da Prevalência de Práticas Parturitivas. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2018 Apr;14:1-11. DOI: http://dx.doi.org/10.25248/REAS287_2018.
12. Ferreira EXF, Cerqueira EAC, Nunes IMN, Araújo EM, Carvalho ESS, Santos LM. Associação entre região do trauma perineal, problemas locais, atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas. Revista baiana enfermagem. 2018;32(23812):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.23812>
13. Santos JO, Soares TP, Oliveira OS, Lopes VP, Gabrielloni MC, Barbieri M. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2015 Jan/Mar;7(1):1936-1945. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1936-1945>
14. Fonseca MRCC, Visnardi P, Traldi MC. Perfil sociodemográfico e acesso à assistência pré-natal das puérperas de um hospital público. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social. 2019 Jan/Mar. [Cited 2019 Feb 12]; 7(1):6-15. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497958150005>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf

16. Ruschi GEC, Zondonade E, Miranda AE, Antônio FF. Determinantes da qualidade do pré-natal na Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. Caderno Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2018; 26(2):131-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201800020229>

17. Silva EC, Pereira ES, Santos WN, Silva RAR, Lopes NC, Figueiredo TAM, et al. Puerpério e Assistência de Enfermagem: percepção das mulheres. Revista enfermagem UFPE online, Recife. 2017 July; 11(7):2826-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11007-98133-3-SM.1107sup201702>

18. OMS. Organização Mundial da Saúde. Secretaria de Ciência. Recomendações Assistenciais Para Prevenção, Diagnóstico e Tratamento Da Hemorragia Obstétrica. Brasília: Organização Mundial da Saúde. 2018. 80 p. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34879/9788579671241-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB, . Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. Revista Escola Anna Nery. 2017 Jan/June;21 (4):1-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366>

20. Filho MB, Rissin A. A OMS e a epidemia de cesarianas. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil online, Recife. 2018 Jan/Mar;18(1):5-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042018000100001>

21. Rodrigues JCT, Almeida IESR, Neto AGO, Moreira TA. Cesariana no Brasil: Uma Análise Epidemiológica. Revista Multitexto. 2016 Sept; [Cited 2019 Aug 06]; 4(1):48-53. Available from: <http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/174>

22. Santos FAPS, Enders BC, Brito RS, Farias PHS, Teixeira GA, Dantas DNA, et al. Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. Revista Brasileira Saúde Materna Infantil online, Recife. 2019 Apr/June;19(2):481-489. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200012>

23. Silva D, Silva BT, Batista TF, Rodrigues QP. Práticas de humanização com parturientes no ambiente hospitalar: revisão integrativa. Revista baiana enfermagem. 2018;32(21517):1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.21517>

24. Almeida MM, Cardoso FJC, Costa ACM, Macêdo WBS, Pessoa RMC, Azevêdo CAS, et al. Vivência e saberes das parturientes acerca da violência obstétrica institucional no parto. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2018;10(1):1466-1472. DOI: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201704>

25. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes, Ciência Saúde Coletiva. 2018;24(8):2811-2823. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>

26. Marrero L, Brüggemann OM. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. Revista Brasileira Enfermagem [Internet]. 2018;71(3):1152-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>

27. Saraiva MHC, Nunes KMF, Carvalho MJM, Reis RD, Ricarte ST, Rios MJBL, et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2018;(10):1129-1136. DOI: http://dx.doi.org/10.25248/REAS194_2018

28. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública. 2014;(30):17-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>

29. Gotardo AT. Parto humanizado, empoderamento feminino e combate à violência: uma análise do documentário o renascimento do parto. Doc On-line. 2018 Mar;(23):29-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.20287/doc.d23.dt02>

30. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MC. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2022 Fev;27(02):483-491. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.38592020>

Correspondência

Lediana Dalla Costa

E-mail: lediana@prof.unipar.br

Submissão: 16/12/2021

Aceito: 26/06/2022

Copyright© 2022 Revista de Enfermagem UFPE on line/REUOL.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License, a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.