



Revista eletrônica Evidência & Enfermagem

ISSN: 2526-4389

ARTIGO ORIGINAL

EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS E SUA APLICABILIDADE NA PRÁTICA OBSTÉTRICA NA VISÃO DE ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO

SCIENTIFIC EVIDENCE AND ITS APPLICABILITY IN OBSTETRIC PRACTICE IN THE VISION OF POSTGRADUATE STUDENTS

Larissa Amaral Alípio¹, Fernanda Savoi Mendes²

RESUMO

Objetivo: comparar o aprendizado das evidências científicas em obstetrícia em sala de aula e sua efetivação prática na rotina obstétrica durante estágio supervisionado da pós-graduação em Obstetrícia e Neonatologia, em Belo Horizonte. **Metodologia:** pesquisa de campo, de tipo comparativo, descritivo, abordagem quantitativa e amostra de 25 alunos, excluídos os com vínculo empregatício com a instituição ou que se negarem a participar do estudo. Aplicado questionário estruturado, elaborado pelo pesquisador. A análise dos dados levou em consideração a estatística descritiva, com demonstração em porcentagens e números absolutos. **Resultados:** os alunos não conseguiram determinar todos os fatores que englobam a Prática Baseada em Evidências. As situações mais presenciadas relacionadas à violência obstétrica em campo prático foram: Manobra de Kristeller, episiotomia, não liberação de dieta e desrespeito a Golden Hour. **Conclusão:** não existe conhecimento robusto sobre Medicina/Enfermagem Baseada em Evidências e existem ações recorrentes em prática já rechaçadas pela literatura nacional e internacional.

Descritores: Enfermagem Baseada em Evidências. Enfermagem Obstétrica. Educação de Pós-Graduação.

ABSTRACT

Objective: to compare the learning of the scientific evidence in obstetrics in the classroom and its practical realization in the obstetrical routine during the supervised stage of the post-graduation in Obstetrics and Neonatology, in Belo Horizonte. **Methods:** field research, comparative, descriptive, quantitative approach and sample of 25 students, excluding those with an employment relationship with the institution or who refuse to participate in the study. Applied structured questionnaire, prepared by the researcher. The analysis of the data took into account the descriptive statistics, with demonstration in percentages and absolute numbers. **Results:** Students were not able to determine all the factors that comprise Evidence Based Practice. The most frequent situations related to obstetric violence in the practical field were: Kristeller's maneuver, episiotomy, non-release of diet and disrespect of Golden Hour. **Conclusion:** there is no robust knowledge about Evidence Based Medicine / Nursing and there are recurrent actions in practice already rejected by the national and international literature.

Descriptors: Evidence-Based Nursing, Obstetric Nursing, Post-graduate education.

¹Enfermeira. Centro Universitário Newton Paiva. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

²Enfermeira. Mestranda em Educação em Diabetes e especialista em Terapia Intensiva Adulto. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Autor correspondente:** Larissa Amaral Alípio. E-mail: Larissa.alipio@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O termo “Medicina Baseada em Evidências” (MBE) surgiu oficialmente na literatura científica na década de 1990, por *David Sackett*. Apesar disso, desde a década de 60 profissionais tem questionado as práticas em saúde até então vigentes especialmente em 1972, por *Archie Cocrahne*, idealizador dos ensaios clínicos randomizados (ECR) e tido como fundador desse movimento pró evidências científicas^{1,2,3,4}.

A Enfermagem Baseada em Evidências (EBE), apesar de igualmente recente e acompanhando o espaço temporal da MBE, tem seu arcabouço histórico firmado a partir de *Florence Nightingale* e sua contribuição estatística, epidemiológica e sanitária durante a Guerra da Criméia, no século XIX^{2,5}.

Ambas as áreas, bem como qualquer assistência à saúde são agrupadas em uma única chamada de “Prática Baseada em Evidência” (PBE), por sua vez determinada como a junção de três fatores: evidências externas (a partir de trabalhos científicos para embasamento teórico), evidências internas ou expertise clínica e os valores e preferências de cada paciente^{2,3}. *Domenico*⁶ coloca duas etapas a mais na PBE, sendo respectivamente, a implementação na prática da melhor evidência que se adequa à instituição e a avaliação das ações decorridas dessas práticas.

Os níveis de evidência, necessários para execução do primeiro fator “evidências externas” da PBE, são divididos em sete níveis, segundo *Melnyk*³ e traduzidas por *Galvão*⁷, sendo elas do primeiro nível - maior confiabilidade e validade, ao sétimo - menor confiabilidade e validade: revisão sistemática ou metanálise, ensaio clínico randomizado controlado bem delineado, ensaio clínico bem delineado sem randomização, estudo de coorte e caso-controle bem delineado, revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos, único estudo descritivo ou qualitativo e opinião de especialista e/ou relatório de comitê de especialista.

A obstetria clínica, enquanto especialidade médica e de enfermagem não se dissocia da PBE. No entanto, quando ocorre essa dissociação, um novo termo é utilizado: violência obstétrica; definida como algo multifatorial, passando pelo desrespeito à ciência e suas práticas mais atualizadas (evidências externas da PBE), o impedimento da autonomia e responsabilização da mulher pelo seu próprio processo de saúde (questo valor, terceiro fator da PBE) até danos físicos, psicológicos e morais^{8,9,10,11,12}.

O conceito completo mais aceito é o da constituição venezuelana, que determina a violência obstétrica como: “*La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato*”

deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo perdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”¹³.

Uma pesquisa nacional¹⁴ levantou dados de que ¼ das mulheres declararam ter sofrido algum tipo de violência no atendimento ao parto. Essa pesquisa se ateve exclusivamente as violências do tipo físico/moral, como impedimento ou não orientação sobre métodos não farmacológicos de alívio da dor, não comunicação sobre procedimentos a serem realizados e agressões durante o parto; não houve mensuração de práticas desatualizadas e/ou não baseada em evidências que possam, por ventura, ainda ocorrer^{8,9,10,11,12,14}.

A violência institucional, termo utilizado por Aguiar¹⁵ para tratar os abusos ocorridos dentro de maternidades públicas, igualmente reflete o cenário obstétrico brasileiro. Há, além de uma questão técnica/organizacional, determinada pela hegemonia e modelo biomédico enraizado, um problema de gênero enquanto “construção social do sexo”, que dificulta ainda mais, o acesso à assistência de excelência para as mulheres¹⁵.

Assim sendo, através dos dados e informações apresentados sobre a prática no <http://dx.doi.org/10.26544/Reeev1n120181>

automatismo e intuitiva, o não seguimento às melhores condutas nas instituições e, por conseguinte, a violência obstétrica, faz-se necessário compreender o conhecimento de pós-graduandos e futuros profissionais sobre evidências científicas e, igualmente, ter uma visão abrangente da prática obstétrica durante estágio supervisionado no âmbito da maternidade.

Em tempo e a partir das pesquisas nacionais citadas que demonstram altas taxas de violência obstétrica, logo, na contramão do que pede a MBE/EBE, supõe-se que haverá dificuldade em dissociar o conhecimento baseado em evidências da prática regular nas maternidades.

OBJETIVO

Comparar aprendizado das evidências científicas em obstetrícia na sala de aula e sua efetivação prática na rotina obstétrica durante estágio supervisionado da pós-graduação em Obstetrícia e Neonatologia.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de tipo comparativo, descritivo, com abordagem quantitativa. Os resultados a partir desse tipo de abordagem, segundo Fonseca¹⁶ “podem ser quantificados” e “[...] são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa”.

A população amostral foi compreendida por 39 alunos de pós-graduação *Lato Sensu* em Obstetrícia e Neonatologia em Belo Horizonte. Foram

excluídos os alunos que por ventura tivessem qualquer vínculo empregatício com a instituição em questão no intuito de resguardar respostas por conflito de interesses e aqueles que se negaram a participar do estudo.

Previamente à captação dos dados, foi feito um pré-teste com amostra similar à original, a fim de levantar possíveis erros do questionário, como ambiguidade e falta de clareza ou coerência nas perguntas.

A captação dos dados se deu mediante aplicação de um questionário estruturado, elaborado pelo pesquisador, presencialmente aplicado, a partir da aceitação individual ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa número 2.173.501. O questionário abordou questões referentes às aulas teóricas do curso supracitado, ao estágio supervisionado obrigatório ministrado na maternidade e às definições e conceitos sobre o tema deste trabalho.

Os riscos possíveis que a coleta de dados acarretou foram o de constrangimento e perda do anonimato. Para tanto, os questionários não constaram de campo para identificação (apenas numerados para controle no *software* compilador, da seguinte forma: A1, A2, A3 e assim sucessivamente) e se atentaram apenas ao assunto proposto, com objetividade, no

intuito de evitar colocações que pudessem ferir as especificidades dos alunos.

A análise dos dados levou em consideração a estatística descritiva onde ferramentas como gráficos, números absolutos e porcentagens foram utilizados para agrupamento e demonstração. O tratamento e catalogação dos dados deram-se através do *Microsoft Excel*.

A amostra final utilizada, após o filtro dos critérios de exclusão, foi de 25 respostas ou 64% da população total pretendida. Dos 14 indivíduos não incluídos, 5 foram por não comparecimento no dia da captação dos dados, 3 por não assinarem o TCLE e 6 por fazerem parte do corpo clínico da instituição.

Durante a compilação dos dados percebeu-se que uma questão possuía problemas em sua estrutura e interpretação similar a outra, sendo, portanto, retirada da apresentação e discussão das informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As porcentagens de respostas para cada pergunta variaram de 72% a 100%. 48% (n=12) dos alunos responderam o questionário em sua totalidade. Na variável idade, 64% dos alunos tinham entre 25 a 34 anos.

Com relação ao conhecimento do significado de MBE/EBE, 88% (n=22) dos entrevistados posicionaram-se positivamente, contudo, nenhum aluno soube responder a tríade de fatores que os

englobam; 91% (n=20) selecionaram a opção fatores externos, 32% (n=7) fatores internos e 0% consideraram os valores pessoais dos pacientes-alvo (FIG. 1). A Organização Mundial de Saúde, o governo federal brasileiro e suas esferas enquanto facilitadores do processo de educação em saúde colocam a população como

protagonista e co-responsável pelo autocuidado e não mais em posição subalterna à figura dos profissionais, inclusive no ciclo gravídico-puerperal^{17,18,19}.

Ademais, tem-se que, empoderando os sujeitos em seu próprio cuidado, diminui-se a ansiedade pelo desconhecido e aumenta a interação com a equipe^{3,20}.

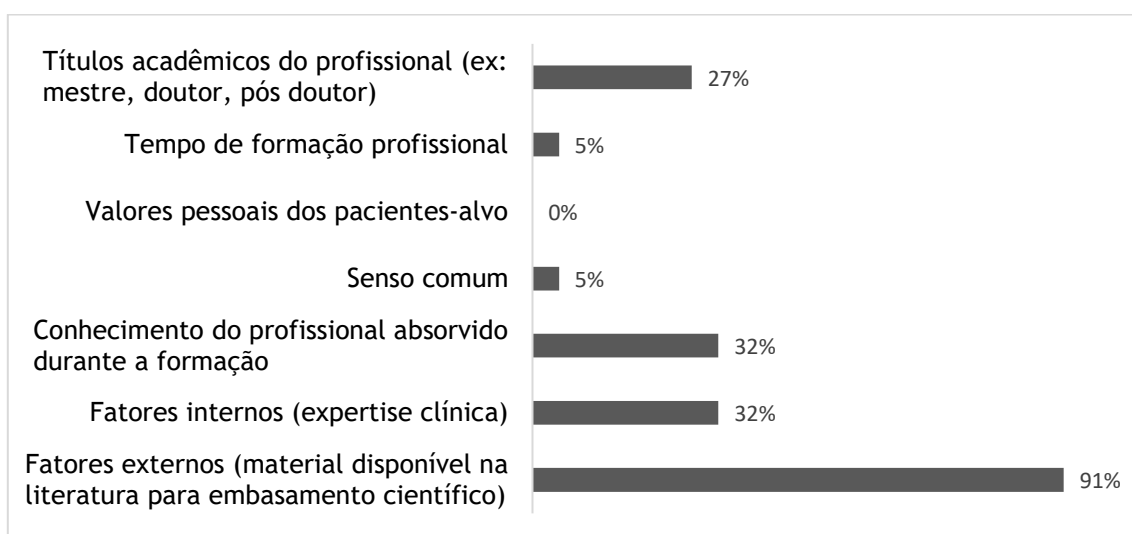


Figura 1 - Conceituação MBE / EBE.

Fonte: Confeccionado pelo autor.

No que se relaciona ao conceito de violência obstétrica, todos os alunos disseram estar cientes, contudo, a associação com a violência sexual ocorreu em 40% (n=10); enquanto a de violência psicológica, 96% (n=24), 4 pessoas (16%) selecionaram que existem outros tipos de violência além dos descritos na questão.

A violência obstétrica, já delimitada como multifacetada, inclui em seus escopos a violência de caráter sexual, onde quaisquer atos que lesem a privacidade e o direito ao bem-estar sexual e reprodutivo <http://dx.doi.org/10.26544/Reevv1n120181>

são incluídos; alguns deles podem ser: episiotomia, exames de toque repetitivos e sem consentimento⁸. Além do caráter sexual, há a violência física, psicológica, moral, verbal, institucional^{8,9,12,15}.

Quando confrontados com ações que poderiam ou não ser classificadas como violência obstétrica (FIG. 2), 44% (n=11) pessoas assinalaram não ser totalmente violência obstétrica: “Fazer procedimentos simultâneos com vários profissionais (seja para fins acadêmicos ou discussão de caso com colegas), 37,5%(n=9) “Não liberar dieta/ Rev. Eletr. Evid & Enferm. 2018;1(1):1-14

ingesta hídrica” e “não respeitar a hora de ouro (*Golden Hour*)”.

A realização de procedimentos, seja pelo profissional em treinamento, ou para uma equipe já formada, deve levar em consideração primeiramente a sua real necessidade. O cuidado enquanto centrado no binômio mãe-filho não deve ser secundário quando comparado à necessidade de aprendizado pelos profissionais em treinamento²¹.

Para as gestantes de baixo risco, não há evidência que valide a restrição de líquidos e alimentos sólidos, enquanto o jejum prolongado pode provocar desconforto, exaustão, desidratação e cetose^{18,21,22,23,24,25}. Para a OMS²⁴, em seu manual “*Care in Normal Birth: a practical guide*” esta prática foi categorizada como “práticas que são frequentemente utilizadas inapropriadamente”.

A primeira hora de vida é determinante para o aumento do vínculo entre mãe e filho, melhora dos índices de aleitamento materno e uma adequada regulação térmica e cardiorrespiratória do bebê. Os procedimentos de rotina com o recém-nascido devem ser postergados para a segunda hora de vida^{18,21,26}. Os fluxogramas institucionais devem descrever essas rotinas bem como a necessidade de um cronograma após a primeira hora de vida²¹.

Enquanto isso, “emburrar a barriga/fundo do útero no expulsivo” e “não ter acesso ao acompanhante” foram

consideradas como totalmente violência obstétrica, por 96% (n=24) e 88% (n=22) dos entrevistados, respectivamente.

À luz das evidências atuais, não há respaldo à realização da manobra de *Kristeller*; a Biblioteca Cochrane em suas revisões periódicas, repetidamente reforça a inexistência de informações suficientes que suportem essa prática^{12,18,21,27,28}, bem como a OMS²⁴, desde 1996. Melnyk³ adiciona ainda que a combinação de práticas não suportadas por evidências eleva os custos em saúde e além de não trazer benefícios, aumentam o risco para o paciente-alvo devendo, portanto, ser desestimuladas e combatidas.

No que diz respeito ao acompanhante, a lei federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005 e a lei municipal nº 9016, de 1 de janeiro de 2005 garantem legalmente sua presença com a mulher durante todo o processo de parto e pós-parto imediato^{18,21,29,30}. O acompanhante da escolha da parturiente, propicia calma, segurança e vivências mais positivas a ela^{31,32} e aumenta a satisfação quando comparado com apoio individualizado realizado por profissionais inseridos no contexto hospitalar¹⁸.

No que tange ao escopo teórico, 33% (n=8) dos alunos disseram que “a minoria das disciplinas” abordou evidências científicas sólidas referentes ao seu tema. Essa questão teve um caráter homogêneo de respostas; 25% (n=6) disseram “metade das disciplinas” e mais 24% (n=6) disseram “maioria das

disciplinas”. Dentre os materiais que mais fizeram parte do arcabouço teórico dos professores as revisões sistemáticas e metanálise foram classificadas como “totalmente utilizadas” por 2 alunos (8%) e os artigos científicos por 11 (44%).

A Lei de Diretriz e Bases para a educação brasileira determina que o ensino superior deva estimular a pesquisa e promover a investigação científica³³. A PBE, igualmente, em seu sexto passo pede que as instituições educacionais, sejam escolas ou serviços de saúde voltados para o ensino, disseminem o conhecimento baseado em evidências, utilizando a mais robusta disponível³.

Sobre a afixação de material baseado em evidências científicas sólidas, 58% (n=14) disseram que na instituição do estágio supervisionado há. No que tange a percepção dos alunos sobre o seguimento ou não dos profissionais inseridos na instituição dos materiais de apoio, 44% (n=8) disseram que não há e 33% (n=6) que há.

A respeito do material de apoio disponibilizado pela instituição em meio eletrônico, a exemplo dos Procedimentos Operacionais Padrão (POP), 28% (n=7) não souberam determinar se esse material possuía alto nível de evidencia enquanto 8% (n=2) disseram que todos possuíam.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde³⁴, de 2009 expressa a necessidade de questionar o modelo de atenção à saúde vigente bem como de

assegurar, através de um processo contínuo do aprendizado, que os profissionais, cada vez se integrem em equipes multidisciplinares e sejam atores ativos na construção do conhecimento. Igualmente pede-se que as rotinas, fluxogramas e normas sejam atualizados e de fácil acesso aos profissionais³⁵.

Ao serem confrontados a respeito de terem presenciado situações de violência obstétrica durante o estágio supervisionado, 3 (12%) não presenciaram e 19 (76%) disseram ter presenciado violência física, violência psicológica (48%), negar direitos (44%) e violência moral (40%).

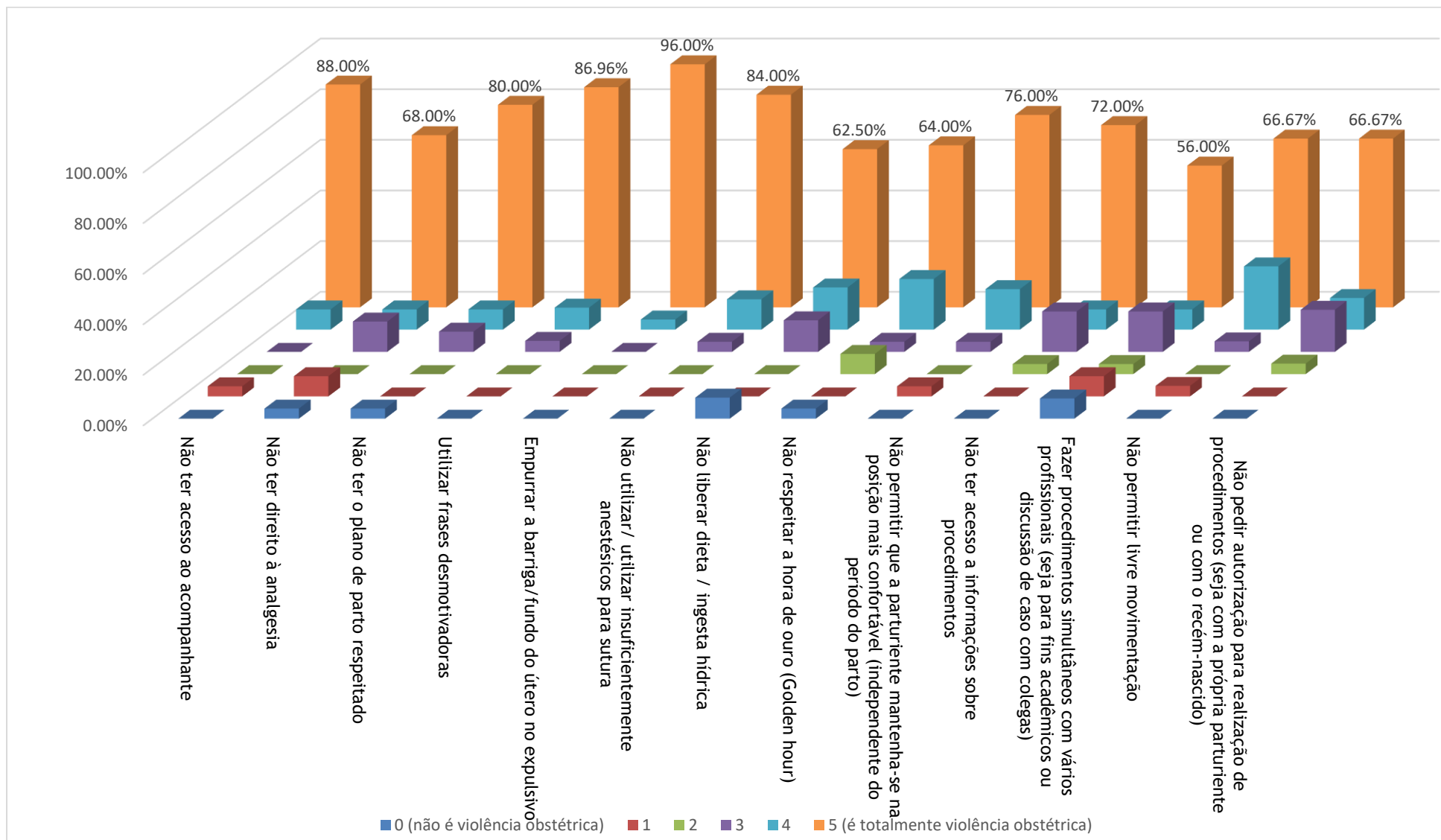


Figura 2 - Ações que podem ou não ser categorizadas como violência obstétrica.

Fonte: dados da pesquisa.

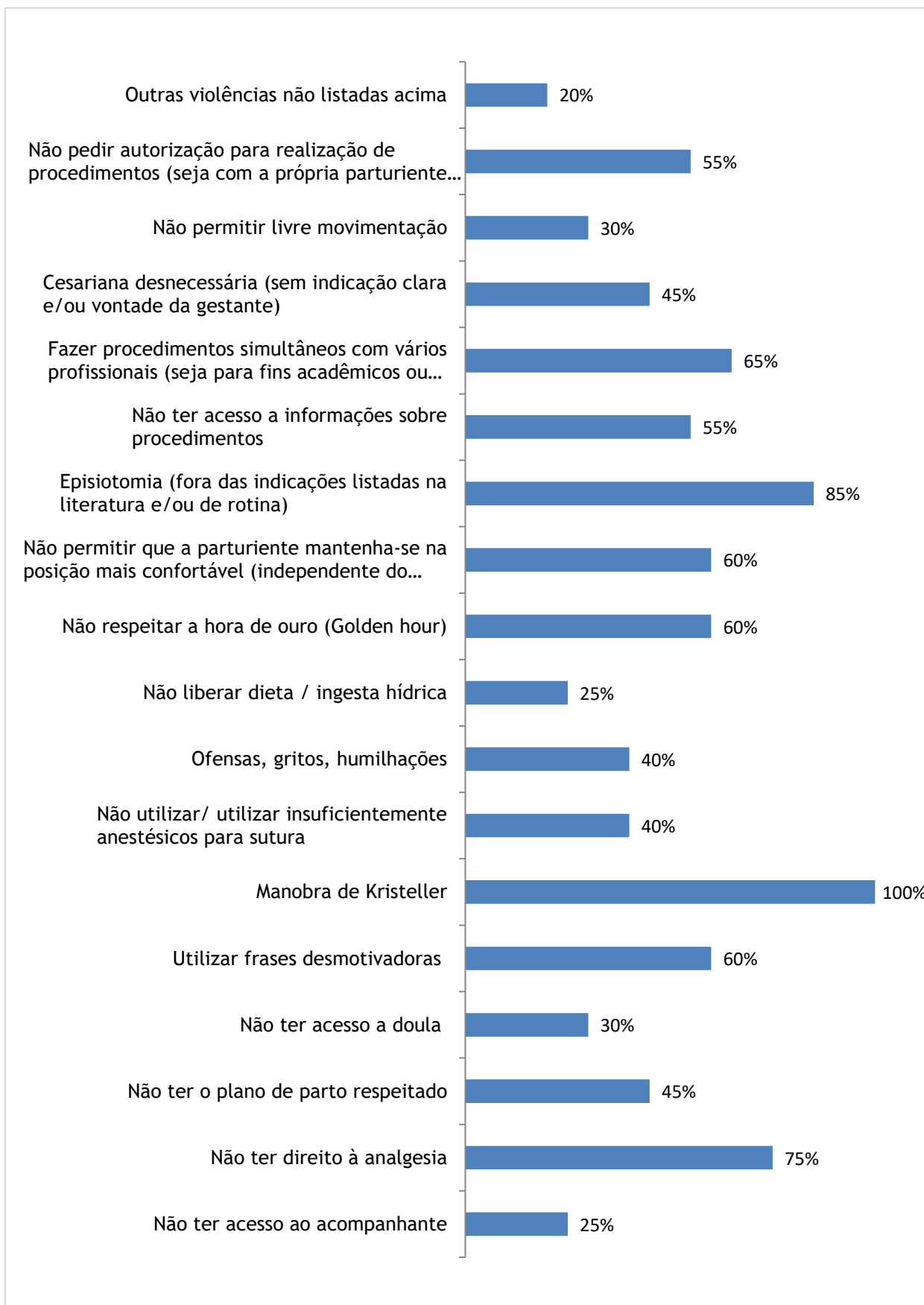


Figura 3 - Ações presenciadas em estágio.

Fonte: dados da pesquisa.

No segundo item da questão (FIG. 3), para relacionar o tipo de violência com a prática presenciada, 100% das respostas foram associadas à manobra de *Kristeller*, 85% à episiotomia (fora das indicações clínicas) e 65% a fazer procedimentos simultâneos com vários profissionais. 60% citaram ainda, “utilizar frases desmotivadoras”, “não respeitar à hora de ouro” e “não permitir que a parturiente se mantenha na posição mais confortável (independente do período do parto)”. Por fim, 4 (20%) pessoas disseram ter presenciado outros tipos de violência não listadas.

A prática da episiotomia atualmente é discutida por duas linhas: a episiotomia de uso seletivo/restrito e protocolos de zero episiotomia. A episiotomia de rotina já foi amplamente descartada no meio científico, já que o que previamente se acreditava (proteção do períneo e vagina de lacerações graves - terceiro e quarto graus) não procede. O uso seletivo em comparação com o de rotina diminui a incidência de traumas graves e necessidade de sutura³⁶.

O protocolo de zero episiotomia discute, por sua vez, que as indicações justificadas para seu uso não se respaldam cientificamente^{37,38}. Ao levar em consideração o princípio da não maleficência e a PBE de *Melnyk*³, um procedimento não deve ser realizado se não há evidências de seu benefício, devendo, portanto, quem o

realiza deve determinar solidamente sua real necessidade^{3,39}. A OMS sugere que os países não extrapolem a taxa de 10% de episiotomia, e no Brasil essa taxa é de aproximadamente 54%⁴⁰.

Também já existe um consenso na literatura científica e em órgãos governamentais no que concerne ao posicionamento da mulher durante todo o trabalho de parto, inclusive no expulsivo. A parturiente deve ser incentivada a manter a posição que mais a agrada, sem restrição de movimento. Esse tipo de intervenção possibilita maior satisfação do processo do parto, diminui taxas de episiotomia e o tempo do segundo estágio do trabalho de parto^{18,21,24,41}.

Por sua vez, 52% (n= 13) disseram que não houve uma postura de enfrentamento do enfermeiro obstétrico para minimização/correção da intervenção inadequada da equipe. O modelo hospitalocêntrico, médico centrado, curativista e patologizante do processo do parto dificultam a participação plena do enfermeiro obstétrico e vai à contramão das grandes evidências, baseadas no suporte contínuo à gestante, de preferência no modelo 1:1 e com atuação global desse profissional durante todo o ciclo gravídico-puerperal^{17,18,41}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante todo o percurso metodológico e analítico dessa pesquisa,

pode-se perceber que não houve um aprendizado completo no que concerne às definições de MBE/EBE e violência obstétrica, bem como as nuances e especificidades de cada um destes termos.

A parte teórica e curricular do curso não apresentou robustez metodológica, a partir da percepção dos alunos; as evidências de maior peso não foram utilizadas, majoritariamente. Já na parte prática, na figura do estágio curricular supervisionado, práticas já rechaçadas pela literatura internacional e nacional continuam a ser realizadas apesar de possuir na unidade material institucional, fluxogramas e protocolos atualizados e afixados para acesso da equipe.

A figura do enfermeiro obstétrico nesse contexto específico não teve um papel relevante, mesmo tendo a profissão o devido respaldo legal e formação técnico-científica para atendimento completo ao ciclo gravídico-puerperal e a partos de risco habitual além de ter uma posição primordial enquanto membro da equipe multidisciplinar de unidades terciárias de atenção à saúde em questão.

Sugere-se que sejam realizados estudos melhor estruturados e metodologicamente mais evidentes sobre a atuação do enfermeiro frente à violência obstétrica e a prática clínica habitual nos

hospitais brasileiros e igualmente sobre a realidade do ensino *Lato Sensu e Stricto Sensu* na área da saúde sobre a Prática Baseada em Evidências.

REFERÊNCIAS

1. Daher, W. De Girolamo Fracastoro a Archie Cochrane: da intuição privilegiada à medicina baseada em evidências [tese]. São Jose do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2006. Disponível em: http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/18/1/wilsondaher_tese.pdf
2. Mackey A, Bassendowski S. The history of evidence-based practice in nursing education and practice. J. prof. nurs. 2016 Mai 18; 33(1):51-5. Disponível em: [http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223\(16\)30028-X/pdf](http://www.professionalnursing.org/article/S8755-7223(16)30028-X/pdf)
3. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkings; 2005.
4. Sur RL, Dahm P. History of evidence-based medicine. Indian j. urol. 2011 Out/dez; 27(4):487-9. doi: 10.4103/0970-1591.91438 . Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263217>
5. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IAC. A busca das melhores evidências. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na Internet]. 2003 [acesso em 2017 Fev 27]; 37(4):43-50 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/05.pdf>
6. Domenico, EBLD, Ide CAC. Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. Rev. Latino am. enferm. [periódico na Internet]. 2003 Jan/fev [acesso em 2017 Fev 27]; 11(1):115-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1743/1788>

7. Galvão CM. Níveis de evidência. Acta Paul. Enferm. 2006 Abr/jun; 19(2). doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023806001.pdf>
8. Ciello C, Carvalho C, Kondo C, Delage D, Niy D, Werner L, et. al. Violência obstétrica “Parirás com dor”, Rede Parto do Princípio, 2012 [acesso em 2017 Mar 07]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
9. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et. al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. Rev bras crescimento desenvolv hum 2015; 25(3):377-376. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf
10. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relatos de duas experiências. Interface (Botucatu, online). 2017; 21(60):209-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>
11. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev Rene (Online). 2014 Jul/ago; 15(4):820-8. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121>
12. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev. bras. med. fam. Comunidade. 2015;10(35):1-12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1013/716>
13. República Bolivariana da Venezuela. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas; 2007. Disponível em: <http://www.derechos.org/ve/pw/wp-content/uploads/11.-Ley-Org%C3%A1nica-sobre-el-Derecho-de-las-Mujeres-a-una-Vida-Libre-de-Violencia.pdf>
14. Venturi G, Bokany V, Dias R. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC (online). 2010. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf
15. Aguiar, JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/pt-br.php>
16. Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC; 2002. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>
17. Ministério da Saúde. Humanização do parto e nascimento. Brasília (DF); 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
18. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Brasília (DF); 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
19. World Health Organization. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Genebra, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>
20. Pinto JP, Amália RC, Mandetta PM, Gomes BMMF. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. Rev. bras. enferm. 2010 Jan/fev; 63(1):132-

5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>
21. Prefeitura de Belo Horizonte. Assistência ao parto e nascimento: diretrizes para o cuidado multidisciplinar. Belo Horizonte; 2015.
22. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal: versão resumida. Brasília; 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartNormal_Versao_Reduzida_FINAL.pdf
23. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V. Less-Restrictive Food Intake During Labor in Low-Risk Singleton Pregnancies. *Obstet. gynecol.* 2017 Mar; 129(3):473-480. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28178059>
24. World Health Organization. Department of Reproductive Health & Research. Care in Normal Birth: a practical guide. Genebra, 1996. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
25. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour (Review). *Cochrane database syst. rev.* (online). 2013 Ago 22. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/abstract;jsessionid=499B0C3A9884763DABA5EE8D66027437.f01t03>
26. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane database syst. rev.* (online). 2016 Nov 25. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub4/full>
27. Hofmeyr G, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M. Fundal pressure during the second stage of labour for improving maternal and fetal outcomes. *Cochrane database syst. rev.* (online). 2017 Mar 7. doi: 10.1002/14651858.CD006067.pub3. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub3/pdf/abstract>
28. Verheijen EC, Raven JH. Fundal pressure during the second stabe of labour. *Cochrane database syst. rev.* (online). 2009 Out 7. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006067.pub2/pdf>
29. Brasil. Lei nº. 11108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm
30. Prefeitura de Belo Horizonte. Lei nº. 9016 de 3 de janeiro de 2005. Dispõe sobre a garantia de acompanhamento a parturiente. Disponível em: <https://cm-belo-horizonte.jusbrasil.com.br/legislacao/236288/lei-9016-05>
31. Dodou HD, Rodrigues DP, Guerreiro EM, Guedes MVC, Lago PN, Mesquita NS. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2014 Jun; 18(2):262-269. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000200262&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
32. Dulfe PAM, Lima DVM, Alves VH, Rodrigues DP, Barcellos JG, Cherem EO. Presença do acompanhante de livre escolha no processo parturitivo: repercussões na assistência obstétrica. *Cogitare enferm.* 2016 Out/dez; 21(4):01-08. Disponível em:

<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37651>

33. Brasil Lei n°. 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm

34. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília (DF); 2009.

35. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n° 36, de 3 de junho de 2008. Brasília (DF); 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html

36. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review). Cochrane database syst. rev. (online). 2017 Fev 8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28176333>

37. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod. health.* 2017 Abr 24;

14(55). em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5402639/>

38. Amorim MM, KatzL. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina.* [periódico na Internet]. 2008 Jan [acesso em 2017 Out 10]; 36(1):47-54. Disponível em: http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/episio_femina.pdf

39. Junqueira CR. *Bioética.* 2011 [acesso em 2017 Set 29]:15p. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade18/unidade18.pdf

40. Fundação Oswaldo Cruz. Inquérito Nacional sobre parto e nascimento. *Nascer no Brasil: sumário executivo temático da pesquisa.* [S.l.]. [201-].

41. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database syst. rev.* 2017 Jul 6:1-173. Doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub6. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub6/full>