



Violência obstétrica e bioética: percepção dos estudantes da saúde do Brasil*

Raylla Albuquerque^a ■ Daniela Amado Rabelo^b ■ Natan Monsores^c

Resumo: esta pesquisa traz uma abordagem qualitativa exploratória, com objetivo de identificar a percepção dos estudantes da área da saúde sobre a violência obstétrica e sua relação com uma perspectiva bioética pautada nos princípios previstos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Para esse fim, foi aplicado questionário eletrônico a 102 estudantes da área da saúde, cujo perfil majoritário era do sexo feminino, de até 25 anos, residentes no Distrito Federal, que não têm filhos. A partir das respostas, pode-se perceber que o conhecimento sobre violência obstétrica não se deu necessariamente no contexto formal acadêmico, tendo ocorrido a partir de sítios da internet e das mídias tradicionais. Com relação ao conhecimento em Bioética, embora a maioria dos participantes tenha afirmado possuir, percebeu-se que ele era limitado quanto ao teor da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e sua aplicação no caso concreto. Conclui-se que há uma lacuna significativa na formação ética de profissionais de saúde e que a comunidade acadêmica deve estimular o desenvolvimento do pensamento crítico de seus alunos, ao invés de coibi-lo.

Palavras-chave: bioética; violência contra a mulher; humanização da assistência; direitos humanos

Recibido: 21/05/2021

Aceptado: 19/11/2022

Disponible en línea: 30/06/2023

Cómo citar: Albuquerque R, Amado Rabelo D, Monsores de Sá N. Violencia obstétrica y bioética: percepción de los estudiantes de salud de Brasil. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 30 de junio de 2023 [citado 30 de junio de 2023];23(1):45-60. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/r/bi/article/view/5794>

-
- * Artigo de pesquisa, originário da dissertação de mestrado em Bioética.
 - a Doutora em Bioética. Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
Correio eletrônico: rayllaalbuquerque@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2582-2946>
 - b Mestra em Bioética. Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
Correio eletrônico: daniela.a.rabelo@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3725-0858>
 - c Doutor em Bioética. Universidade de Brasília. Brasília, Brasil.
Correio eletrônico: monsore@unb.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0293-8460>

Obstetric Violence and Bioethics: Perception of Brazilian Health Students

Abstract: the research has an exploratory qualitative approach to identify health students' perception of obstetric violence and its relationship with a bioethical perspective based on the postulates of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. For this purpose, an electronic questionnaire was applied to 102 health students, the majority female, up to 25 years of age, and inhabitants of the Federal District, Brazil, without children. From the answers, it is possible to perceive that knowledge about obstetric violence does not necessarily occur in the formal academic context, having considerable importance in the debate among students and other sources of information, such as the internet and media. Concerning knowledge of Bioethics, although most of the participants claimed to have, it is perceived that it was limited in terms of the meaning of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights and its application in the specific case. It is concluded that there is a significant gap in the ethical training of health professionals and that the academic community should stimulate the development of critical thinking in their students instead of inhibiting it.

Keywords: bioethics; violence against women; humanization of care; human rights

Violencia obstétrica y bioética: percepción de los estudiantes de salud de Brasil

Resumen: la investigación trae un enfoque cualitativo exploratorio, con el propósito de identificar la percepción de los estudiantes del área de salud acerca de la violencia obstétrica y su relación con una perspectiva bioética pautada en los postulados previstos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Para tal, se aplicó cuestionario electrónico a 102 estudiantes del área de la salud, cuyo perfil mayoritario era del sexo femenino, de hasta 25 años, habitantes del Distrito Federal, Brasil, sin hijos. A partir de las respuestas, se logra percibir que el conocimiento acerca de la violencia obstétrica no necesariamente ocurre en el contexto formal académico, teniendo considerable importancia el debate entre alumnos y otras fuentes de información, como internet y media. En relación con el conocimiento en Bioética, aunque la mayoría de los participantes ha afirmado tener, se percibe que era limitado en cuanto al sentido de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y su aplicación en el caso concreto. Se concluye que hay un vacío significativo en la formación ética de profesionales de salud y que la comunidad académica debe estimular el desarrollo del pensamiento crítico de sus estudiantes en lugar de cohibirlo.

Palabras clave: bioética; violencia en contra de la mujer; humanización de la asistencia; derechos humanos

Introdução

“A violência contra mulheres e meninas é uma pandemia global” (1). A afirmação de António Guterres, secretário-geral da Organização das Nações Unidas, em data significativa, como o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, está em sintonia com o que mostram as pesquisas em todo o mundo: mulheres têm sido vítimas de negligência, violência física, violência verbal e violência sexual dentro das instituições de saúde — em especial ao dar à luz (2, 3). Pelo menos uma em cada quatro mulheres refere ter vivenciado um dessas situações durante o atendimento ao parto no Brasil (4).

A sanção da Lei 14.188, de 2021, no Brasil institucionaliza o combate à violência direcionada à mulher especialmente em contexto de crime de violência psicológica. A orientação de dados emocionais “que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento” ou ainda, segundo a Lei, “que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões” (5) prevê pena de reclusão de seis meses a dois anos e multa à pessoa que a promove. O novo marco legal consolida violência psicológica como “categorização manipulação, humilhação, ridicularização, rebaixamento, vigilância e isolamento” (6).

A violência obstétrica (vo) se refere a toda violência praticada no contexto da assistência à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento, e é caracterizada por agressão física, psicológica, verbal, simbólica e sexual, assim como pela negligência na assistência e pela discriminação. Esse tipo de tratamento, além de violar o direito das mulheres ao cuidado respeitoso, configura uma ameaça ao seu direito de não ser discriminada, à manutenção de sua integridade física, à saúde e mesmo à vida (3). A violação à integridade corporal se acentua em cesarianas eletivas, geralmente sem indicações clínicas, em que mulheres recebem menos informações e opções e reduzem o seu protagonismo no processo, fazendo com que obstetras se apropriem do papel central no parto (7).

Este estudo teve como objetivo principal identificar a percepção dos estudantes da área da saúde sobre a vo e sua relação com uma perspectiva

bioética pautada nos princípios previstos na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH [8]). A pesquisa adota uma abordagem inédita ao trazer a perspectiva desses estudantes, expressa por meio das respostas ao questionário estruturado elaborado para esse fim, buscando entender a opinião e influência que o ensino da temática pode trazer para a mudança da realidade.

Além do combate da violência contra mulheres e meninas — a chamada “pandemia global” (1), expressão redundante, porém necessária em um contexto de bioética e saúde pública —, a justificativa para a execução desta pesquisa está na percepção de que a vo configura violação aos direitos humanos e à dignidade humana, entre outros princípios presentes na DUBDH. O conhecimento dessas temáticas se torna relevante para nortear a discussão sobre a formação dos profissionais de saúde e seu reflexo na prática profissional.

Como forma de violência que transversa o corpo feminino e opera na prática ginecológica e obstétrica, a “medicina da diferença”, como nomeia Rohden (9), mostra-se relevante, especialmente ao compreender a influência do ensino da ética e de temas relacionados ao cuidar humanizado do parto em profissões de saúde na existência ou redução de práticas violentas contra a mulher em ambiente hospitalar. A proteção dessa mulher, é premissa do princípio ético de respeito à sua vulnerabilidade humana e à integridade individual na aplicação de práticas em saúde.

Materiais e método

Trata-se de pesquisa qualitativa exploratória, descritiva, realizada em ambiente virtual. Os participantes foram estudantes da área de saúde, em todos os níveis de formação, captados por meio da técnica *snowball sampling*, mediante o acesso a indivíduos e grupos-chave para a divulgação da pesquisa (10). A eles, foi enviada por meios eletrônicos (e-mail, Facebook e WhatsApp) mensagem convite de participação, com o link para o preenchimento do questionário, a explicação sobre o teor e público-alvo da pesquisa, e meios de contato com a pesquisadora responsável pela aplicação. Dos 111

formulários preenchidos, 9 foram desconsiderados por não se tratar de respostas de estudantes da área da saúde, conforme critério de inclusão informado na divulgação.

O instrumento utilizado foi o questionário estruturado, elaborado pelos autores, composto de cinco sessões que continham questões abertas e fechadas. A primeira seção foi composta de questões sociodemográficas com vistas à caracterização da amostra, tais como idade, sexo, naturalidade, área de formação, entre outras. As demais sessões tinham como objetivo coletar informações sobre o conhecimento, opinião e vivência dos participantes sobre a VO e a bioética. A seção de número três foi disponibilizada apenas àqueles que responderam afirmativamente sobre a ocorrência de VO (consigo ou terceiro), para que detalhassem a experiência.

A ferramenta utilizada foi o Google Forms, como forma de garantir privacidade e confidencialidade aos participantes. Os dados para a caracterização da amostra foram organizados e analisados com o programa Excel, utilizado para o cálculo de percentual simples e elaboração de tabelas. As respostas às questões abertas foram analisadas por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin (11). Ao final da etapa descritiva, os achados foram discutidos e relacionados, tendo como base os preceitos previstos na DUBDH, bem como na literatura.

O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, Brasil, com certificado de apresentação de apreciação ética 59079316.3.0000.0030.

Resultados

Na primeira seção do questionário, a amostra foi hegemônica para participantes do sexo feminino (91,2%), com idade de até 25 anos (60,8%), naturais do Distrito Federal (66,7%) e que não têm filhos (69%); seguida de mulheres de idade entre 26 e 30 anos, e pequena participação na faixa acima dos 30 anos (14,7%). Com relação à naturalidade dos participantes, a segunda região com maior predominância foi a do Nordeste, com destaque para o

estado de Alagoas.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra

Dados sociodemográficos		N	%
Idade	Menor de 20 anos	09	8,8%
	De 20 a 25 anos	62	60,8%
	De 26 a 30 anos	16	15,7%
	De 31 a 35 anos	08	7,8%
	De 36 a 40 anos	02	2%
	De 41 a 45 anos	01	1%
	De 46 ou mais	04	3,9%
Sexo	Feminino	92	90,2%
	Masculino	10	9,8%
Naturalidade	Distrito Federal	68	66,7%
	Alagoas	14	13,7%
	Minas Gerais	04	3,9%
	Rio de Janeiro	03	2,9%
	Bahia	03	2,9%
	Ceará	02	2%
	Goiás	04	3,9%
	Pernambuco	01	1%
	Amazonas	01	1%
	Paraíba	01	1%
Filhos	Maranhão	01	1%
	Não	71	69%
	Sim	31	31%

Fonte: elaboração própria.

Quando às crenças autodeclaradas, houve maior prevalência na categoria cristã (69,6%), seguida por ausência de declaração (11,7%) e espíritas (6,8%). Os agnósticos, ateus e outras crenças representam 9% da amostra e há, ainda, um pequeno percentual em que houve preenchimento incorreto da informação.

No que concerne às informações acadêmicas, a maioria dos participantes informou estudar em instituição pública de ensino (63,7%), ser da área de enfermagem (59,8%) e estar cursando a graduação (65,7%). O segundo curso mais representado

foi medicina (19,6%), seguido por fisioterapia, farmácia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional, respectivamente. Não houve participantes de nível técnico.

Violência obstétrica

Percepção e conhecimento dos estudantes sobre a violência obstétrica

A segunda parte do questionário, composta de questões abertas e de múltipla escolha, tratava sobre conhecimento, percepção e familiaridade dos participantes com as temáticas da vo e bioética.

Ao serem questionados sobre o seu entendimento sobre em que consiste a vo, praticamente todos os participantes citaram, entre outras, ofensas físicas e psicológicas à gestante durante o processo de parto. Aspectos relacionados a procedimentos desnecessários, praticados sem autorização ou autorizados com base em informações imprecisas, também receberam diversas menções. Alguns trechos de respostas que demonstram essas e demais questões são apresentados no Quadro 1.

Com relação aos fatores que contribuem para a ocorrência da vo, a atuação dos profissionais de assistência à saúde foi citada pela maioria dos

participantes. As justificativas perpassam desde a formação deficitária e desatualização dos profissionais até aspectos mais subjetivos, como “falta de humanização”, “falta de ética profissional”, “abuso de poder”, entre outros. O modelo vigente de assistência obstétrica e a falta de informação por parte da mulher/gestante sobre os seus direitos também foram destaque, conforme alguns relatos apresentados no Quadro 2.

Ao serem questionados sobre como tomaram conhecimento da discussão sobre a ocorrência de vo, mais da metade dos participantes citou o meio acadêmico — por meio de aulas, palestras, estágios, debates, entre outros —, enquanto 18% deles referiram contato devido à prática profissional ou à vivência pessoal. Um terço dos participantes apontou os meios eletrônicos, os relatos de casos e a mídia como fonte de informação sobre o assunto.

A partir da fala dos participantes, identificou-se que o conhecimento da temática da violência obstétrica não necessariamente se deu no contexto formal acadêmico, mediado pelos professores e outras ferramentas institucionais. O debate promovido entre alunos e outras fontes de informação — como a internet e a mídia, por meio de relatos de casos — representaram significativa importância nessa aproximação.

Quadro 1. Caracterização da violência obstétrica pelos estudantes

Ausência de humanização	Violação de direitos	Perda de autonomia
“São todos os procedimentos [...] que não são preconizados pelos princípios da humanização, do cuidado e nas evidências científicas.”	“Ato de qualquer natureza que implique as omissões dos direitos da parturiente. Exemplo: kristeller, privação de se expressar durante o parto.”	“Todo procedimento/comportamento que desrespeite a autonomia da mulher dentro do ciclo gravídico/puerperal. Seja em situação de pré-natal, parto, puerpério ou abortamento.”
“Toda ação que é contrária ao adequado atendimento/acolhimento da gestante/ puérpera e seus acompanhantes nos mais variados aspectos (biopsicossocial).”	“Qualquer ato durante o parto que transgrida os direitos da mulher e a coloque em posição de um agente passivo, sem direito a escolhas.”	“Agressão (física ou verbal) à parturiente, compreendendo desde realização de procedimentos sem consentimento informado, proibição de desejos da mesma [...], a utilização de recursos proscritos ou sem qualidade de evidência, bem como pressão psicológica e comentários negativos à mãe em trabalho de parto.”
“Submeter [...] a uma situação em que ela se sinta constrangida, acuada, machucar física ou emocionalmente, não esclarecer procedimentos, não pedir consentimento [...]”	“Violar os direitos da mulher em qualquer momento da gestação ou do parto, por parte de um profissional de saúde.”	

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Fatores que contribuem para a ocorrência de violência obstétrica, na visão dos estudantes

Formação profissional	“Falta de uma formação mais humanizada aos que lidam com a gestante.”
	“Formação profissional pouco humanizada, falta de cursos de reciclagem dentro dos serviços, protocolos pouco atualizados e/ou negligenciados pelos profissionais, não poder perder tempo com o trabalho de parto.”
	“Profissionais desatualizados e ignorantes. Falta de conhecimento da população e principalmente das grávidas.”
	“Profissionais não qualificados.”
Modelo de assistência	“Talvez o tradicionalismo dos cuidados médicos e de saúde no geral fortemente enraizado no Brasil.”
	“Assistência médico-centrada, cultura da doença, cultura de que quanto mais tecnologias são usadas, ainda que desnecessariamente, mais seguro está a assistência.”
	“Hegemonia médica no atendimento em obstetrícia, além do baixo conhecimento da população atendida e empoderamento feminino.”
Gestante	“Tradicionalismo. Hábitos talvez culturais em acreditar numa condição hierárquica na relação médico-paciente em detrimento do consentimento do paciente. Fazer o que é mais rápido.”
	“A falta de conhecimento dos seus direitos por parte da gestante e seu acompanhante.”
	“Falta de um pré-natal que esclareça e trabalhe sobre o plano de parto, que contribua para o empoderamento e confiança da mulher em si mesma e na equipe que irá acompanhar ou realizar o parto.”
	“O desconhecimento por parte dos pacientes.”
	“Falta de denúncia por parte da violentada.”
“Desinformação, vulnerabilidade, falta de acompanhamento.”	

Fonte: elaboração própria.

A percepção da violência obstétrica nas instituições de ensino

No que tange à existência de discussões sobre a vo dentro da instituição de ensino à qual pertencem, aproximadamente 80% dos participantes responderam afirmativamente. Cerca de 15% relataram não haver esse tipo de discussão e 5% alegaram desconhecer o fato, não havendo diferença expressiva entre entidades de ensino públicas e privadas nesse quesito. As atividades promovidas por ligas acadêmicas e discussões informais promovidas pelos próprios alunos receberam referências significativas enquanto responsáveis por debater o assunto nas instituições.

Na questão sobre a existência de abordagem, por parte dos professores, sobre a temática da vo, 63,7% dos participantes responderam positivamente — sendo que 51% deles avaliaram

positivamente a abordagem realizada e 12,7% descreveram como insuficiente/superficial — enquanto 36,3% dos participantes responderam que não houve abordagem, por parte dos professores, sobre o assunto. Somados os percentuais de abordagem insuficiente e superficial com ausência da abordagem de vo total representachega-se ao total de 49% dos participantes — um percentual aproximado daquele encontrado nas respostas que avaliaram positivamente na abordagem do tema vo em espaços de ensino.

Ao serem questionados sobre possíveis semelhanças e diferenças que percebiam entre a teoria aprendida e a prática, vivenciada em campos de estágio ou atuação profissional, a maioria dos participantes referiu ter presenciado bastante diferença entre aquilo aprendido e o que era executado dentro das instituições de saúde. Essa visão é evidenciada por algumas respostas:

“Hoje muitas mulheres estão informadas sobre os riscos e benefícios dos tipos de parto e muito se discute na Universidade (UnB) sobre o assunto, entretanto, na prática, muitos profissionais não permitem que as gestantes decidam sobre o tipo de parto, omitem informações relevantes para a tomada de decisão sobre o parto e o plano de parto, não permitem que as gestantes escolham os acompanhantes e que eles permaneçam ao lado delas durante o trabalho de parto, entre outros.”

“Apesar de muito discutido e facilmente encontrado em artigos, as ações humanizadas ainda são pouco praticadas pelos profissionais. Os direitos da gestante também são pouco exercidos e exigidos pelas mesmas.”

“A grande diferença percebida entre as duas está nas vezes a técnica se sobrepõe aos valores e culturas e por isso muitas vezes ferem a integridade feminina.”

Foi possível perceber, na fala de alguns alunos, a frustração por presenciar a violência e não possuir poder para modificar a situação, conforme relatado nos trechos a seguir:

“Na teoria, aprendemos tudo o que é preconizado para um bom atendimento às mulheres e também obtemos conhecimento sobre todos os aspectos da violência e as evidências científicas que contrapõem o ato violento. Mas, na prática, é difícil separar o que são, ou não, atos violentos devido à institucionalização das violências dentro dos serviços de saúde. Muitas vezes observei a violência obstétrica sendo realizada dentro da maternidade do Hub [Hospital Universitário de Brasília], mas, quando questionei o ato, fui repreendida pelo profissional que disse ser algo ‘comum’ e ‘rotineiro’ dentro do serviço e eu, como aluna, não tenho posição para questionar um médico ou enfermeiro especializado! Essas atitudes nos desmotivam pois, não temos uma voz ativa dentro da instituição e não conseguimos impedir tal violência.”

“Na teoria é algo que dá pra resolver, na prática não a gente como acadêmico não pode falar nada apenas observar o que se torna muito revoltante.”

Bioética e violência obstétrica: uma aproximação

Quando questionados se já haviam vivenciado ou tinham conhecimento de alguma situação de violência obstétrica, 82,4% dos participantes responderam afirmativamente. Destes, 62% referem pertencer à enfermagem e 18%, à medicina.

Ao serem questionados sobre possuir algum conhecimento em bioética, aproximadamente 65% dos participantes responderam afirmativamente e menos de 10% informaram não possuir. Destes, aproximadamente 75% dos estudantes de enfermagem referiram possuir conhecimento em bioética. Dentre os estudantes de medicina, 50% responderam afirmativamente, enquanto 49% destes afirmaram não ter certeza se possuem o conhecimento.

Apenas um quinto dos participantes não acredita que o conhecimento em bioética por parte dos profissionais, reduziria a ocorrência de VO — as respostas escritas destacam que a maioria dos profissionais já possui algum conhecimento na área e, ainda assim, comete violência contra as mulheres durante o atendimento obstétrico.

Quando questionados se, em sua opinião, há alguma relação entre o desrespeito aos princípios bioéticos e a violência obstétrica, a resposta afirmativa foi quase unanimidade — apenas dois participantes responderam não possuir conhecimento/opinião, embora tenham assinalado alguns princípios correspondentes, na questão de múltipla escolha seguinte.

Foi solicitado aos participantes que assinalassem, entre os princípios bioéticos constantes na DUBDH e propostos para a discussão, aqueles cuja violação poderia estar relacionada à ocorrência de VO. Na seção seguinte, havia uma lista de práticas que poderiam caracterizar VO, para que também marcassem as que consideravam como tal. Ambas as questões eram de múltipla escolha e não traziam limites de respostas. Os princípios bioéticos citados por mais da metade dos participantes foram relacionados às práticas sugeridas como possíveis violências. Os números estão representados na Tabela 1.

Discussão

A predominância de respondentes do sexo feminino está em consonância com levantamento do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas, que revelou que este é o perfil dos estudantes em cursos de nível superior na área da saúde, uma vez que são cursados majoritariamente por mulheres (12). Adicionalmente, esse dado também denota maior interesse do sexo feminino no assunto, o que pode estar relacionado ao fato de que a maioria das mulheres passou ou passará por um parto, seja como protagonista, seja como acompanhante. Além disso, é comum que histórias e relatos de parto sejam discutidos informalmente entre mulheres em contextos sociais e familiares.

Já os participantes do sexo masculino informaram, em sua totalidade, ser da área de medicina e estudar na mesma instituição de ensino. O interesse deles pode ser explicado por suas respostas, que

trazem relatos sobre uma mesma situação vivenciada, que trouxe à tona a discussão coletiva sobre vo no local. Conforme relato de um participante:

“Um aluno do meu semestre fez uma denúncia ao ministério público [sic]. A reação da equipe médica foi terrível e fomos expulsos do hospital de Samambaia, não podendo mais estagiar lá. Nos mandaram e-mails com ameaças e deboches na tentativa de desqualificar e intimidar o estudante anônimo. Os professores da área, já no HUB [Hospital Universitário de Brasília], fizeram uma reunião em que culpavam os alunos pela falta de ambientes práticos para a disciplina, e disseram que a denúncia foi feita por falta de estudo do tal aluno, que não entendia o que estava acontecendo. O ministério público concluiu que as práticas naquele local eram inadequadas e elaborou um pôster com orientações às equipes e às famílias, para ser afixado em local visível do HRSAM hospital Regional da Samambaia.”

Tabela 1. Princípios bioéticos e violações obstétricas segundo os participantes

Dignidade humana e direitos humanos	80%	Uso de procedimentos inadequados ou que não deveriam ser realizados (exemplo: manobra de Kristeller)	93%
		Violência sexual (toques excessivos, comentários de cunho sexual)	89%
		Violência física (puxões de cabelo, tapas, beliscões)	83%
		Violência verbal (xingamentos, ameaças)	83%
		Desrespeito à lei do acompanhante	75%
		Desrespeito ao direito de ter consigo uma doula	55%
Benefício e dano	51%	Uso de procedimentos desnecessários ou de forma rotineira	91%
		Indicação de cesariana sem indicação clínica	86%
		Jejum prolongado sem indicação clínica	76%
Autonomia e responsabilidade individual	56%	Impedir a livre expressão da mulher	84%
		Impedir a livre movimentação da mulher	74%
Consentimento	64%	Uso de procedimentos sem o consentimento da mulher	87%
Vulnerabilidade humana e integridade individual	81%	Impedir o contato da mulher com seus familiares	74%

Fonte: elaboração própria.

Ao ser questionado sobre os tipos de violência obstétrica que já havia presenciado, outro participante respondeu que “episiotomias [incisão realizada no períneo para “prevenir laceração”] sem indicação, Kristteler, ocitocina e cesáreas de rotina”, bem como “agressão verbal” ocorreram “durante estágio na maternidade do Hospital Regional de Samambaia”. Os demais participantes do mesmo curso também mencionaram o ocorrido, seja por terem presenciado diretamente, seja por terem tomado conhecimento de forma indireta devido à repercussão que o caso teve na instituição de ensino, especialmente entre os estudantes.

Por sua vez, a área de formação dos estudantes da saúde pode possuir relação direta com a percepção e conhecimento destes sobre a vo. Neste estudo, além dos estudantes das áreas de enfermagem e medicina terem maior representação na amostra, também possuem o maior percentual de participantes com conhecimento sobre a temática. Tal fato pode ser explicado devido ao objeto de estudo da pesquisa estar relacionado à área de saúde da mulher/obstetrícia, que configura disciplina específica obrigatória em ambos os cursos, além de os profissionais responsáveis pela atenção ao parto e ao nascimento serem dessas áreas de formação — embora não haja informações concretas sobre a vivência acadêmica e profissional dos participantes.

Esse aspecto se mostra relevante na percepção de assimetria de poder em relações tradicionalmente mais verticalizadas do cuidado em saúde e condições que se conjugam poder, autoridade técnico-científica e desigualdade, e consequente rompimento das interações humanas em vínculos fragilizados (13) com seres humanos que têm por base uma vida interrelacional, interdependente e interconectada (14). O foco do cuidado é muito mais inclusivo, já que não se limita à sobrevivência das mulheres e seus bebês, mas garantindo a potência de vida, considerando sua saúde e bemestar (15).

Torna-se, portanto, importante resgatar em Diniz et al. (16) que a “formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança”. Esses autores relatam, ainda, a utilização de bibliografia desatualizada

para a formação dos novos profissionais, que são ensinados e orientados a realizar procedimentos sem a devida comprovação científica e a utilizar as mulheres como cobaias em seu aprendizado — com vistas ao interesse da prática clínica, e não à atenção à saúde.

As respostas dos participantes quanto ao que seria vo está em consonância com a literatura disponível sobre o assunto, inclusive o enfoque dado às questões técnicas na tentativa de conceituação do termo. Em se tratando das categorias de vo propostas por Bowser e Hill (17), e citadas em outros textos (3, 18, 19), as descrições fornecidas pelos participantes se enquadram, majoritariamente, em “abuso físico” e “cuidado não consentido” — em especial quando se referem a procedimentos como episiotomia, utilização de ocitocina, privação de movimento e manobra de Kristteler, que são praticados sem indicação e/ou consentimento.

Dos procedimentos citados, apenas a ocitocina tem evidências de eficácia e sua utilização é consenso em determinados casos (20). A prática rotineira da episiotomia é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma forma de vo e até de mutilação perianal com anuência no campo científico da possibilidade em sua redução (21), inclusive por provocar comprometimentos à saúde da mulher. Em artigo que questiona se episiotomia sempre equivale à vo, os autores concordam na ausência de rotina à prática, o não uso de forma desnecessária e, caso seja inevitável, que seja realizada com as técnicas e critérios adequados e bem-definidos, o que não ocorre atualmente, além do estabelecimento de uma clara distinção entre o necessário (seletivo) e a episiotomia desnecessária (de rotina [21]).

Nesse contexto, as reconfigurações no campo de vo devem ser pensadas de forma cuidadosa. Embora haja, atualmente no Brasil, um questionamento em torno do uso da expressão “violência obstétrica” e seu sentido, trata-se de uma disputa ideológica (pautada pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Ministério da Saúde, uma vez que os profissionais se sentem atacados por ela). Importante destacar que, apesar de não haver uma definição conceitual única, as publicações acadêmicas e científicas reconhecem e utilizam a expressão há

mais de uma década e retratam violações de direitos das mulheres enquanto pacientes (22).

O conceito de vo enquanto intervenção epistêmica (23) sugere uma prática que promova mudanças significativas não apenas no corpo de um sujeito, também mas em toda a comunidade que transversa essa experiência. Nesse sentido, é relevante promover uma adequada compreensão do conceito de vo por parte da sociedade, permitindo que haja reflexão acerca das práticas do parto, da cesariana e de seus significados (24).

Paiva e colaboradores (25) conduziram uma revisão sistemática sobre o ensino da bioética durante o processo de formação dos profissionais de saúde. Seus achados apontaram uma unanimidade nas publicações no que se refere ao reconhecimento da importância da formação em bioética para o desenvolvimento moral e ético do estudante. Os autores sinalizam a importância da adequação dos currículos com inserção da bioética no contexto de várias disciplinas, como forma de preparação para enfrentar as situações com que os alunos irão se deparar durante a prática profissional. Explorar a “multivocidade das narrativas do nascimento através dessas divisões e contestações sociomateriais” (24) acaba sendo mandatório quando se reflete vo, o que abrange pessoas e sistemas, como o educacional.

Também se aplica na reflexão de sua maior abrangência conceitual, proposta por Jardim e Modena (13), do que a relatada pelos participantes da pesquisa. Elas consideram, a partir de análise dos dados, vo como “evento manifesto nos atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos”, contrários à DUBDH, que sinaliza como um dos seus princípios a não discriminação e não estigmatização.

Assinalado por aproximadamente 80% dos participantes, o “respeito à dignidade humana e os direitos humanos” podem ser destacados como referencial bioético para o combate às formas de vo. Essa relação já foi proposta por Diniz (26), em sua tese de doutorado, em que defende que condutas desnecessárias e arriscadas configuram violações à integridade corporal da mulher — ou seja, uma possível violação aos direitos humanos.

Aguiar e d’Oliveira (27) relatam que, “no contexto da assistência em maternidades, a paciente é duplamente objetificada: seu corpo é tomado como objeto de controle e domínio da medicina e como meio para se chegar a um fim — o bebê”, sendo vista como “não-sujeito”. Os autores ressaltam a importância da “qualidade ética das interações em uma perspectiva ampla de cuidado”, de modo que a mulher seja valorizada enquanto sujeito na relação profissional/paciente. Essa perspectiva de cuidado é corroborada por Oliveira (28), que defende que, na esfera bioética, a noção de dignidade humana está centrada numa exigência de não instrumentalização da pessoa. O referencial do nascimento como experiência psicológica complexa com participação de múltiplos corpos e relações promove a ideia de uma corporeidade de nascimento em corpos-*selves* (24) sem pressupor uma dualidade ou fragmentação da mulher.

O “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” foi o segundo referencial mais apontado (81%), sendo importante destacar que, embora os princípios de um modo geral possam ser atribuídos dentro de violações aos direitos humanos e à dignidade (motivo pelo qual recebeu grande destaque), o “respeito pela vulnerabilidade humana e pela integridade individual” traz uma ligação direta com esses princípios.

A vulnerabilidade da mulher no processo de parto está relacionada, principalmente, ao desconhecimento sobre seus direitos, seu corpo e sobre que tipo de assistência deveria ser prestada. Além da vulnerabilidade social ante esse desconhecimento e da vulnerabilidade de gênero (29), há ainda a vulnerabilidade programática, estabelecida pela rotina adotada no parto e pela forma como o serviço de saúde e os profissionais estão organizados.

Essa dinâmica faz com que a submissão da mulher aos protocolos hospitalares seja vista como algo positivo, estabelecendo uma ideia de hierarquização entre profissional-gestante, estabelecendo o procedimento e o sujeito técnico como autores do processo e retirando da mulher a autonomia do próprio parto (29).

Um outro aspecto, não estudado na pesquisa, porém relevante para a discussão, refere-se ao corpo feminino e pode anteceder os direitos institucionalizados ou previstos aos pacientes, além de estar ligado aos processos fisiológicos e singulares aos seus corpos. Ele se conjuga com uma transversalidade de raça, como, por exemplo, a caracterização estereotípica de que mulheres negras são mais fortes, resistentes e distintas em uma pressuposta e natural analgesia ao momento do parto. A presença desses estigmas prejudica o acesso e qualidade dos cuidados em saúde destinados a gestantes negras (30).

Cabe rememorar que a dor do parto não é apenas neurofisiológica, mas também é construída socioculturalmente (31); e que carrega uma pressuposta moralidade à sua personificação — como o entendimento de que vivenciá-la trata-se de uma experiência transformadora. No entanto, a experiência na escuta de experiências em maternidades do Sistema Único de Saúde (mais conhecido por sua sigla, SUS) por estudantes de psicologia revela “discriminações de gênero e de raça, intrínsecas na sociedade e, por derivação, na cultura médica hegemônica acerca das mulheres e seus processos reprodutivos” em condições vividas por mulheres negras em momento do parto que concretizam o “racismo obstétrico” (32).

O desrespeito ao princípio do consentimento foi referido por 64% dos participantes, enquanto a autonomia e a responsabilidade individual, recebeu representação de apenas 56%. Esse dado é curioso, uma vez que o princípio do consentimento possui implicação direta com a autonomia (33), sendo ambos os princípios muitas vezes tratados como extensão um do outro, uma vez que o consentimento informado é considerado o instrumento que concretiza o respeito à autonomia do indivíduo, bem como o respeito à sua dignidade (34). Considerando que todo e qualquer procedimento e conduta no âmbito da assistência à saúde deve estar pautado no consentimento e autonomia dos pacientes, o percentual de participantes que assinalou esses itens denota uma preocupante desconsideração desses aspectos.

Levando em consideração que a autonomia implica liberdade de escolha, um estudo realizado

no estado do Rio Grande do Sul, Brasil (35), problematiza a escolha da via de parto (autonomia ou indução?). As autoras concluíram que a falta de informação e a ausência de um cuidado humanizado fazem com que mulheres optem por cesáreas — o que, diante da ausência de uma possibilidade real de escolha, leva a que essa opção não configure ação autônoma.

Os dados da pesquisa “Nascer no Brasil” (36), coordenada pela Fiocruz¹, apontam a mesma situação: 70% das brasileiras deseja um parto normal no início da gravidez. Entretanto, segundo dados da pesquisa o índice nacional de cesarianas era de 52% — chegando a 88% no setor privado e 46% no setor público. Para além dos multifatores implicados, esses dados mostram a ausência de autonomia legítima das mulheres no que se refere à escolha do tipo de parto (37).

Nas categorias de violência, o “uso de procedimentos sem o consentimento da mulher” foi assinalado por 87% dos participantes. No contexto de assistência ao parto, essa violação costuma ser frequentemente associada ao procedimento de episiotomia. Esse procedimento, considerado cirúrgico e que envolve posterior sutura, possui alta incidência e é comumente realizado sem o consentimento prévio da mulher, que muitas vezes só toma ciência após sua execução (38, 39). Embora a prática de episiotomia ainda seja amplamente ensinada aos estudantes, não apenas não há evidências de que sua utilização como estratégia de prevenção de laceração obtenha algum efeito (40), não havendo indicação para seu uso (41, 42), como também pode ser considerada uma forma de mutilação genital, devido aos danos causados à mulher — como dor e desconforto, além de maior risco de infecção (43).

Com relação a “impedir a livre expressão da mulher”, marcado por 84% dos participantes, diversos estudos relatam que mulheres são condicionadas a apresentar determinados comportamentos durante o parto — os profissionais referem a preferência por pacientes “colaborativas” e a dificuldade

1 A Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma instituição brasileira, vinculada ao Ministério da Saúde, que tem por finalidade desenvolver atividades nos campos da saúde, da educação e do desenvolvimento científico e tecnológico.

em lidar com as consideradas “escandalosas/queixosas” (27).

As práticas caracterizadas como “impedir a livre movimentação da mulher”, marcadas por 74% dos respondentes, incluem “monitoração fetal contínua, litotomia (posição de parto deitada, com as pernas sobre a perneira)”, entre outros procedimentos que impedem a livre movimentação da parturiente.

Para Davis-Floyd (44), além da administração rotineira de intravenosos em mulheres em trabalho de parto — que as mantém “umbilicalmente” ligadas à instituição —, a exigência da litotomia (posição deitada, com as pernas apoiadas lateralmente) durante o trabalho de parto é uma das maiores representações de poder do profissional, pois facilita a sua intervenção à mulher. Embora haja evidências sobre a importância da liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, muitas mulheres ainda são obrigadas a permanecer deitadas (44).

Embora configure uma espécie de “releitura” de conhecidos princípios bioéticos bastante utilizados no contexto biomédico — a saber, beneficência e não maleficência, segundo a teoria principialista (45) —, a desconsideração ao princípio do benefício e dano foi referido por apenas 51% dos participantes como relacionado à prática de vo. A aplicação desse princípio gera controvérsia, uma vez que o dano (a ser minimizado) e o benefício (a ser maximizado) são critérios de difícil definição, sendo sua utilização dada de maneira circunstancial — cuja avaliação deveria, idealmente, ser partilhada entre os profissionais e o paciente.

Entretanto, no que se refere ao atendimento ao parto, o relatório divulgado pela OMS (46), no qual são classificados os procedimentos de rotina pode ser utilizado como referencial — e tem, inclusive, servido de parâmetro em alguns estudos que avaliam práticas assistenciais. Infelizmente, esses estudos apontam, de uma maneira geral, que há relevantes registros de “condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas”, bem como de “condutas sem evidência suficiente e que devem ser usadas com precaução” (43, 47, 48).

O “uso de procedimentos desnecessários ou de forma rotineira” foi apontado por 91% dos participantes enquanto prática que consideram vo. A “indicação de cesariana sem indicação clínica” foi assinalada por 86%; “jejum prolongado sem indicação clínica”, por 76%. Todas essas categorias podem ser analisadas com bastante eficácia com a devida aplicação do princípio do benefício e dano, uma vez que se trata de procedimentos que possuem indicações (benéficas) reais, mas não devem ser usados indiscriminadamente devido ao dano associado.

Por fim, embora não estejam relacionados no Quadro 2, os princípios de “não discriminação e não estigmatização” (49%), “respeito pela diversidade cultural e pelo pluralismo” (42%), “privacidade e confidencialidade” (38%) e “igualdade, justiça e equidade” (32%) também constavam como opção na lista disponibilizada para a seleção de múltipla escolha.

Embora os números de participantes que assinalaram esses princípios sejam suficientemente representativos, a menor opção por esses itens pode ser explicada por se tratar de princípios de base mais ideológica e social, que demandam maior reflexão quanto a todo o contexto do atendimento em saúde. Entretanto, há que se discutir se as questões técnicas ganham maior destaque na discussão por se tratar de estudantes da área da saúde ou se as demais questões simplesmente não são consideradas pelos estudantes e profissionais.

A discriminação social na assistência ao parto, conforme estudo conduzido por d’Orsi et al. (49), pode implicar maior violência. As mulheres de cor preta ou parda apresentaram menor chance de privacidade durante a assistência ao parto, bem como menor satisfação com o tempo de espera. Com relação à ocorrência de violência física, verbal ou psicológica, houve maior incidência entre mulheres atendidas no setor público e residentes na região Nordeste do país. Pode-se inferir, então, a violação aos princípios da não discriminação e da não estigmatização, bem como o desrespeito à privacidade.

Considerando a complementaridade na aplicação dos princípios bioéticos, que devem ser compreendidos como sendo inter-relacionados,

o texto da DUBDH (8) reitera a necessidade de ser considerada em sua totalidade. Conforme discutido ao longo desta seção, é consistente a utilização dos princípios enquanto norteadores das práticas em saúde. No que se refere à assistência ao parto, é possível afirmar que as práticas de vo possuem relação direta ao desrespeito a esses preceitos bioéticos.

Quanto às limitações deste estudo, por se tratar de pesquisa exploratória com amostra pequena (n = 102) e por conveniência, não foi possível analisar possíveis variáveis relacionadas ao perfil dos participantes no que se refere à percepção destes sobre os temas abordados. Além disso, nela não foi contemplada a região Sul. Por fim, entende-se que a amostra possua determinado viés de seleção, uma vez que o questionário eletrônico demanda certa iniciativa do participante e pauta a adesão ao estudo em interesse prévio sobre o assunto.

Conclusão

O artigo cumpriu com seu objetivo de identificar a percepção dos estudantes da área da saúde sobre a vo, o que demonstra que este tema vem gradualmente se inserindo na academia. Embora a maioria dos estudantes universitários relate familiaridade com a bioética, uma parcela significativa demonstrou não possuir conhecimento ou possuir de forma parcial. Por sua vez, a associação entre ambas as temáticas é praticamente desconhecida nesse contexto.

Há uma lacuna importante na formação ética para profissionais de saúde, em dissonância com os preceitos dispostos nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de enfermagem e medicina. A comunidade acadêmica deve avaliar a importância da formação ética para esses profissionais, que lidam cotidianamente com mulheres em situação de vulnerabilidade (como o parto), e apresentar uma postura coerente dentro dos preceitos éticos, que estimule o desenvolvimento do pensamento crítico de seus alunos, ao invés de coibi-lo.

A mudança de paradigma e postura dos profissionais envolvidos na atenção à saúde constitui um desafio para o enfrentamento da vo. Embora

problemas estruturais (de organização do sistema de atenção à saúde e as más condições de trabalho) estejam presentes, o desrespeito à dignidade do paciente — bem como a adoção de outras condutas não pautadas na ética — por parte dos profissionais constitui elemento de destaque entre os relatos sobre a vo.

Há uma sintonia com a pesquisa desenvolvida por Jardim e Modena (13), que propõem estratégias de prevenção e enfrentamento do evento em sintonia à formação acadêmica, bem como pela conscientização das mulheres, pela mobilização social, pela criação de leis e políticas públicas, em um desafio conjunto para garantir-lhes uma assistência obstétrica livre de violência e firmada nos direitos sexuais e reprodutivos.

Sugere-se que haja novas pesquisas que utilizem outras metodologias de coleta de dados, que possibilitem identificar a real familiaridade dos estudantes sobre as temáticas discutidas e seu impacto na prática profissional, bem como identificar se há avanço quanto a essas discussões dentro das instituições de ensino.

Referências

- (1) Guterres A. Remarks on International Day for the Elimination of Violence against Women | United Nations Secretary-General [Internet]. United Nations; 2018 [cited 2021 Sep 25]. Disponível em: <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2018-11-19/international-day-for-elimination-of-violence-against-women-remarks>
- (2) D'Oliveira A, Diniz S, Schraiber L. Violence against women in health-care institutions: An emerging problem. *Lancet* • [Internet]. 2002;359:1681-5. Disponível em: www.thelancet.com
- (3) World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. *World Health Organization* [Internet]. 2015;4. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_cze.pdf
- (4) Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e Editora SESC; 2013. 504 p.
- (5) Brasil. Lei N.º 14.188, de 28 de junho de 2021. Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a

- Violência Doméstica e outras providências. [Internet]. Brasil; 2021. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2021/lei/L14188.htm
- (6) Saúde mental e violências: aprofundando a compreensão sobre algumas das origens e atravessamentos dos sofrimentos psíquicos. Saúde em Público [Internet]. [25 set. 2021]. Disponível em: <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/08/27/saude-mental-e-violencias-aprofundando-a-compreensao-sobre-algumas-das-origens-e-atravesamentos-dos-sofrimentos-psiquicos/>
 - (7) Castro A. Witnessing obstetric violence during fieldwork: Notes from Latin America. *Health Hum Rights*. 2019;21(1):103-13.
 - (8) Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos Tradução : Ana Tapajós e Mauro Machado do Prado; 2006. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf
 - (9) Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
 - (10) Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. *Temáticas*. 2014;22(44):203-20.
 - (11) Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011. 280 p.
 - (12) Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio. Resumo técnico do Censo da Educação Superior 2019 [Internet]. Brasília; 2021. 120 p. Disponível em: https://download.inep.gov.br/publicacoes/institucionais/estatisticas_e_indicadores/resumo_tecnico_censo_da_educacao_superior_2019.pdf
 - (13) Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [24 set. 2021];26:3069. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/rMwtPwWkQbVSzWSjHh45Vq/?lang=en>
 - (14) Paranhos DGAM, Albuquerque A. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. *Rev Direito Sanitário* [Internet]. 2018;19(1):32. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148123>
 - (15) Shrivastava S, Sivakami M. Evidence of ‘obstetric violence’ in India: An integrative review. *J Biosoc Sci* [Internet]. 2020 [26 set. 2021];52(4):610-28. Disponível em: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0021932019000695/type/journal_article
 - (16) Diniz SG, Salgado H de O, Andrezzo HF de A, de Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar C de A et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(3):377-82.
 - (17) Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. United States Agency Int Dev [Internet]. 2010;1-57. Disponível em: https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf
 - (18) Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HF de A, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-12.
 - (19) Pereira JS, Silva JC de O, Borges NA, Ribeiro M de MG, Aurek LJ, Souza JHK de. Violência obstétrica ofensa a dignidade humana. 2016;15:103-8.
 - (20) World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018. 212 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215-eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
 - (21) S Z, M S, R B, A M, E M. Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* [Internet]. 2019 [26 set. 2021];23(5):1847-54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30915726/>
 - (22) Albuquerque A, Albuquerque R, Boeira L, Machado I, Lima L, Lima M. Problematização da expressão “violência obstétrica” à luz dos Direitos Humanos. In: Senhoras EM, editor. *Pesquisas Interdisciplinares Estimuladas por Problemas Concretos das Ciências Sociais Aplicadas*. Ponta Grossa: Editora Atena; 2021. p. 254.
 - (23) Chadwick R. Breaking the frame: Obstetric violence and epistemic rupture. <https://doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/101080/1013095020211958554> [Internet]. 2021 [26 set. 2021];1-12. Disponível em: <https://www.tandfonline.ez54.periodicos.capes.gov.br/doi/abs/10.1080/10130950.2021.1958554>
 - (24) Chadwick R. *Bodies that birth to come: Vitalizing Birth Politics*. Londres, Inglaterra: Taylor & Francis Group; 2018.
 - (25) Paiva LM, Guilhem D, Sousa ALL. O Ensino da bioética na graduação do profissional de saúde. *Med (Ribeirao Preto Online)*. 2014;47(4):357.

- (26) Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [Internet]. Universidade de São Paulo; 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/32913-Entre-a-tecnica-e-os-direitos-humanos-possibilidades-e-limites-da-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.html>
- (27) Aguiar JM de, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comun Saúde, Educ.* 2010;15(36):79-92.
- (28) Oliveira AAS De. Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos. *Rev Bioética.* 2007;15(2):170-85.
- (29) Griboski RA, Guilhem D. Women and health care professionals: the role of cultural imagination in the humanization of delivery and childbirth. *Texto Context Enferm* [Internet]. 2006;15(1):107-14. Disponível em: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.liv.ac.uk/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=106274403&site=ehost-live&scope=site>
- (30) Mehra R, Boyd LM, Magriples U, Kershaw TS, Ickovics JR, Keene DE. Black Pregnant Women “Get the Most Judgment”: A Qualitative Study of the Experiences of Black Women at the Intersection of Race, Gender, and Pregnancy. *Women’s Heal Issues* [Internet]. 2020;30(6):484-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2020.08.001>
- (31) Fannin M. Labour Pain, ‘Natal Politics’ and Reproductive Justice for Black Birth Givers: <https://doi-org.ez54.periodicos.capes.gov.br/101177/1357034X19856429> [Internet]. 2019 [acesso em 25 set. 2021];25(3):22-48. Disponível em: <https://journals-sagepub-com.ez54.periodicos.capes.gov.br/doi/10.1177/1357034X19856429>
- (32) Curi PL, de Aquino Ribeiro MT, Marra CB. Obstetric violence against black women in SUS. *Arq Bras Psicol.* 2020;72(esp.):156-69.
- (33) Eler KCG, Sant’Anna de Oliveira AA. Doação compartilhada de oócitos no Brasil: reflexão bioética à luz do conceito de vulnerabilidade e dos Direitos Humanos dos Pacientes. *Rev Direitos e Garantias Fundam.* 2020;21(2):109-30.
- (34) Albuquerque A. Os direitos humanos na formação do profissional de medicina Human rights in medical training. *Rev Med* [Internet]. 2015;94(3):169-78. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v.94i3p169-178>
- (35) Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica.* 2014;30(supl. 1):1-16.
- (36) Leal C, Augusto A, Augusto M, Dias B, Granado S, Rattner D et al. Birth in Brazil: National Survey into Labor and Birth. *Reprod Health* [Internet]. 2012;9:1-8. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com.libproxy.lib.unc.edu/content/pdf/1742-4755-9-15.pdf>
- (37) Rocha NFF da, Ferreira J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. *Saúde em Debate.* 2020;44(125):556-68.
- (38) Dengo VAR, Silva RDS, Souza SRRK, Aldrighi JD, Wall ML, Cancela FZV. A episiotomia na percepção de puérperas. *Cogitare Enferm.* 2016;21(3):1-8.
- (39) Pitanguí ACR, Carvalho NHMG, Siqueira CV, Castro FJ de L, Araújo RC de. Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. *Rev Enferm UFPE Line.* 2014;8(2):4-10.
- (40) Pereira GMV, Hosoume RS, de Castro Monteiro MV, Juliato CRT, Brito LGO. Selective episiotomy versus no episiotomy for severe perineal trauma: A systematic review with meta-analysis. *Int Urogynecol J* [Internet]. 2020;31(11):2291-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04308-2>
- (41) Aguiar BM, Silva TPR da, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV de et al. Fatores associados à realização de episiotomia. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(supl. 4):1-6.
- (42) Sagi-Dain L, Kreinin-Bleicher I, Bahous R, Gur Arye N, Shema T, Eshel A et al. Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *Int Urogynecol J* [Internet]. 2020;31(11):2377-85. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04332-2>
- (43) Amorim M da C. Experiências de parto e violações aos direitos humanos: um estudo sobre relatos de violência na assistência obstétrica. *Univ Fed Goiás* [Internet]. 2015;97. Disponível em: <http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4943>
- (44) Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001;75(supl. 1):5-23.
- (45) Garrafa V, Martorell LB, do Nascimento WF. Críticas ao principalismo em bioética: Perspectivas desde o norte e desde o sul. *Saude e Soc.* 2016;25(2):442-51.
- (46) Guide P. Care in Normal Birth: A Practical Guide. *Birth.* 1997;24(2):121-3.
- (47) Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d’Orsi E, Pereira APE et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: Da preferência

- inicial das mulheres à via de parto final. *Cad Saude Publica*. 2014;30(supl. 1):101-16.
- (48) Sousa AMM, Souza KV de, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. 2016;20(2):324-31.
- (49) D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM de, Gusman CR, Torres JA et al. Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: A national hospital-based survey. *Cad Saude Publica*. 2014;30:S1-15.