



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS BODOCONGÓ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

LISLEY CAROLINNE COSTA SIQUEIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

CAMPINA GRANDE

2016

LISLEY CAROLINNE COSTA SIQUEIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso ao Programa de Graduação e Pesquisa em Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de graduado em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Sibelle Maria Martins de Barros.

CAMPINA GRANDE

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S618v Siqueira, Lislely Carolinne Costa.
Violência obstétrica na assistência ao parto [manuscrito] /
Lislely Carolinne Costa Siqueira. - 2016.
27 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e
da Saúde, 2016.

"Orientação: Profa. Dra. Sibelle Maria Martins de Barros,
Departamento de Psicologia".

1. Violência obstétrica. 2. Parto humanizado. 3. Assistência
ao parto. I. Título.

21. ed. CDD 362.83

LISLEY CAROLINNE COSTA SIQUEIRA

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de
Graduação e Pesquisa em Psicologia
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do
título de graduado em Psicologia.

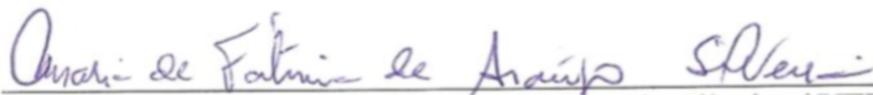
Aprovada em: 13/07/2016.



Prof. Dr. Sibelle Maria Martins de Barros (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Lorena Carneiro de Macêdo
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Maria de Fátima de Araújo Silveira
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha
mãe, minhas duas irmãs e meu esposo, pelo carinho
e paciência, dedico.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por estar comigo em todos os momentos deste Trabalho de Conclusão de Curso e por todas as vitórias conquistadas.

À minha mãe que me inspira coragem a cada dia, às minhas irmãs que estavam comigo todo o tempo e aos meus avós por compreenderem às vezes que eu me ausentei dos almoços.

Ao meu esposo que esteve comigo durante todo o processo de graduação, vivenciando as mais diversas experiências e me apoiando em todas as decisões que eu tomei.

À professora Sibelle Maria Martins de Barros, que me apresentou o mundo da humanização do parto através de seus projetos de extensão e me apresentou um caminho sem volta que é esse e me proporcionou tantas vivências felizes ao longo desse tempo.

As Alunas Marianny e Ana Clara que deram sua enorme contribuição auxiliando na coleta de dados e nas ótimas discussões em reuniões do PIBIC.

À roda Germinar, projeto que cresceu com tanto carinho e conseguiu modificar a realidade de tantas pessoas, inclusive a minha vida e se tornou uma rede de apoio para a vida de muitas mulheres.

Aos meus amigos, que sempre entenderam quando não consegui dar conta de várias das tantas conversas nos grupos nas redes sociais e até saídas com os mesmos. Mesmo assim muitos ainda estavam ali a me amparar quando precisei.

À minha amiga e professora Monilly Ramos que sempre me apoiou durante a graduação mesmo não sendo mais do meu departamento, muito obrigada pelas conversas, discussões e ensinamentos nesse caminho.

Aos professores do curso de Psicologia que me acompanharam ao longo dessa jornada de um pouco mais de cinco anos e sempre me encorajaram a ir em busca de caminhos melhores. Podendo ressaltar o nome de alguns que me acompanharam durante etapas bastante significativas de minha graduação, tais como: Roniere Moraes, Railda Fernandes e a professora Maria do Carmo Eulalio (Carmita).

Por fim, agradeço a banca examinadora, professora Fátima e professora Lorena que disponibilizaram seu tempo para contribuir na discussão e avaliação deste trabalho.

"Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar
o modo de nascer" Michel Odent

Resumo

Apesar de esforços governamentais que buscam assegurar uma assistência humanizada ao parto, pesquisas denunciam que os direitos das mulheres e suas famílias são constantemente violados em diversas instituições públicas do Brasil. Diante disso, a presente estudo objetivou verificar a ocorrência de violência obstétrica na assistência ao parto em uma maternidade pública da cidade de Campina Grande. A pesquisa contou com a participação de 11 mulheres com idades de 18 a 28 anos, primigestas e primíparas. Como instrumento, foi utilizada a entrevista com roteiro semi-estruturado, geralmente realizada a partir do primeiro ou segundo dia após o parto. Por meio das entrevistas foi possível constatar episódios de violência obstétrica, principalmente na forma de violência verbal. Contudo, outros tipos de violência também foram identificados, tais como: procedimentos desnecessários (epsiotomia, kristeller); violência física; descumprimento da lei do acompanhante e omissão de informações. Interessante destacar que a maioria das participantes nunca tinha havido falar sobre violência obstétrica. Apesar dos dados sobre violência, sete participantes avaliaram positivamente a assistência ao parto na instituição hospitalar onde foi realizada a pesquisa. Diante desses resultados, conclui-se que o fenômeno da violência obstétrica ainda é um fenômeno desconhecido pela maioria das mulheres e somada à hierarquização na relação médico-paciente, bem como à ideia de que o sofrimento faz parte do processo de parturição ela torna-se invisível ou omitida.

Palavras-chave: Violência obstétrica, parto humanizado, assistência ao parto

Abstract

Despite government efforts that seek to ensure a humanized delivery care, research report that the rights of women and their families are constantly violated in various public institutions in Brazil. Therefore, this study aimed to verify the occurrence of obstetric violence in childbirth care in a public hospital in the city of Campina Grande. The research involved the participation of 11 women aged 18-28 years and primiparous gilts. As a tool, the interview with semi-structured script, usually held on the first or second day after delivery was used. Through the interviews it was possible to episodes of obstetric violence, mainly in the form of verbal violence. However, other violence were also identified, such as unnecessary procedures (episiotomy, Kristeller); Physical violence; breach of the law and accompanying omission of information. Interesting to note that most participants had never been talking about obstetric violence. Although data on violence seven participants positively assessed the childbirth care in hospital where the research was conducted. Given these results, we conclude that the phenomenon of obstetric violence is still an unknown phenomenon by most women and added to tiering in medical/ patient relationship as well as the idea that suffering is part of the parturition process it becomes invisible or omitted.

Keywords: obstetric violence , humanized birth , childbirth assistance

INTRODUÇÃO

O parto é uma experiência que acontece em um período curto de tempo, mas implica expectativas, fantasias e medos que são construídos muito antes de acontecer, de acordo com os contextos e vivências de cada mulher. O medo de não suportar a dor, o medo da morte e de não ser capaz de fazer o bebê nascer também são comuns entre as gestantes. Os desejos e fantasias relacionados aos tipos de parto, por sua vez, são provenientes tanto das vivências pessoais como dos fatores culturais (SARMENTO, SETÚBAL 2003). Entretanto, a experiência do parto também depende da assistência que é prestada à mulher no contexto hospitalar.

Redes sociais e pesquisas científicas têm relatado experiências de mulheres que sofreram violência em instituições de saúde durante o processo de parto, sendo esses episódios muitas vezes silenciados ou mesmo não identificados pelas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ou sistema privado (CARVALHO, 2014). Dessa forma, um evento que poderia ser uma experiência enriquecedora, torna-se uma experiência difícil e triste para algumas mulheres e suas famílias, indo de encontro às expectativas elaboradas no período da gravidez e concretizando fantasias de cunho negativo. Diante desse panorama, o presente estudo procurou compreender a vivência da violência obstétrica entre usuárias do Sistema Único de Saúde, em uma maternidade de Campina Grande. Vale informar que esta investigação representa um recorte de um estudo mais amplo sobre o parto no contexto da saúde pública.

A má qualidade da assistência ao parto no Brasil, revelada em pesquisas científicas no campo da saúde coletiva e debatida em diversas instâncias institucionais, decorre de diferentes fatores. Resgates históricos revelam, por exemplo, que o desenvolvimento de novas tecnologias na área de obstetrícia contribuíram para a ênfase nos procedimentos técnicos em detrimento da dimensão subjetiva e relacional no processo de parturição. Tal desenvolvimento também contribuiu para mudanças na visão do parto. Se o parto antes era visto como um evento familiar, no qual a dor e as etapas passadas não eram entendidos apenas por sofrimento, mas como um processo que a mulher precisava passar (MATOS et al., 2013), com o desenvolvimento da medicina vai sendo construído um discurso social enfatizando o risco do parto e a necessidade de procedimentos médicos no intuito de torná-lo um evento seguro.

De acordo com Diniz (2005) os estudos obstétricos iniciais datados do século XX, ressaltavam a gravidade do parto normal, em termos de danos para a mulher, assim como difundiam a ideia de que o corpo da mulher era defeituoso. Nesse período, ainda segundo a autora, a indústria de instrumentos médicos-cirúrgicos intensificou-se e as intervenções eram justificadas por essa postura médica interventiva. Segundo Carvalho (2015), a ideia de

que o corpo da mulher era defeituoso e precisava ser corrigido foi propagada, apoiada a uma perspectiva de preservação da vida, em um cenário pós-guerra, no qual a medicina conseguiu propagar a ideia de segurança que as intervenções médicas passavam.

Além dos aspectos supracitados, o aumento de intervenções médicas no parto, que conseqüentemente levou ao aumento do número de partos cesáreos, também pode ser explicado pelo fato de tal tipo de parto ser mais rentável para o médico, desde o período da ditadura militar, quando o INPS comprava serviços privados de saúde, a partir de preços tabelados por unidades de serviços (US) (SCOREL, 2012). Portanto, a história revela que o desenvolvimento da obstetrícia, as questões econômicas e as crenças culturais sobre os riscos e a dor parto normal contribuíram para o aumento de cesarianas no contexto brasileiro configurando um cenário propício à aceitação de tal intervenção cirúrgica e demais procedimentos interventivos no processo de parturição.

Por outro lado, o conceito de cuidado obstétrico, baseado em evidências e criado em 1970 por Archie Cochrane contribuiu para desmistificar a ideia do corpo feminino como imperfeito e para revelar que várias evidências que subsidiavam a prática obstétrica estavam equivocadas (DIAS, 2010). Nesse bojo, Leal et al. (2014) afirmam que os estudos de Medicina Baseada em Evidências indicam que a episiotomia, manobra de Kristeller, amniotomia, ocitocina administrada de rotina e alocação de fórceps para primigestas aumentavam cada vez mais o número de mortes e não de vidas, como se pensava. O uso de determinados procedimentos caracteriza-se, portanto, como uma prática reproduzida geração após geração, tornando o uso das tecnologias uma rotina, sem reflexões sobre suas reais indicações médicas. Tais procedimentos, portanto, uma vez sendo realizados sem necessidade, podem ser compreendidos como uma violência à mulher.

A utilização inadequada de tecnologias no ambiente da parturição não ocorre sem possíveis sequelas, ou seja, quanto mais intervenções mais riscos a mulher pode correr. Estudos apontam diversas correlações entre as intervenções e problemas no pós-parto imediato e no pós-parto tardio, no âmbito fisiológico e sexual, a exemplo da utilização da episiotomia de rotina que pode gerar traumas musculares e perineais irreversíveis, assim como desconforto nas relações sexuais e problemas no trato urinário (MARTIN,2006).

No intuito de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, a Organização Mundial de Saúde elaborou um manual de Boas Práticas em Obstetrícia (OMS, 1996), elencando as práticas necessárias para um parto natural e respeitoso com maiores índices de sucesso. Também foram elencadas as práticas que não faziam parte desse contexto. Contudo, o excesso das tecnologias duras e o exercício do poder por parte da equipe de saúde, retrata uma assistência tecnicista e verticalizada, que engendra fenômenos constantes de violência

às mulheres, se distanciando dos princípios do SUS e da proposta da humanização da assistência à saúde.

A violência obstétrica diz respeito a danos físicos e emocionais cometidos contra a mulher no cuidado obstétrico profissional, dentre os quais destaca-se a prática rotineira de procedimentos desnecessários e danosos para mulher, como: episiotomias (corte perineal lateral), restrição ao leito no pré-parto, enema (lavagem intestinal), tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), ocitocina de rotina (uso do hormônio sintético), ausência de acompanhante e o excesso do número de cesarianas anteriormente citado (TESSER et al, 2014).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014) é considerada violência obstétrica toda e qualquer intervenção desnecessária, negligência por omissão de informação, agressão física e psicológica realizada no período gravídico (no parto e no pós-parto) por parte dos profissionais que acompanham a mulher. Parte-se do pressuposto de que toda mulher durante a gravidez, parto e pós-parto tem direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante todas essas fases. Esse direito também garante a liberdade da mulher, em especial às mulheres grávidas, para buscar, receber e dar informações, a fim de que as mesmas não sofram nenhum tipo de discriminação e possam garantir o usufruto do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2014).

No ano de 2010 a primeira pesquisa nacional sobre violência obstétrica, intitulada "Mulheres brasileiras e gênero no espaços público e privado", constatou que uma a cada quatro mulheres, ou seja 25% da população feminina que possui alguma experiência de maternidade, relata ter sofrido violência obstétrica (Fundação Perseu Abramo, 2010). Por se tratar de uma nova nomenclatura para um tipo de violência que já acontecia, e levando em consideração a dificuldade de reconhecer a mesma, pode-se deduzir que estes números tendem a aumentar consideravelmente. A esta falta de informação destacam-se vários fatores sócio- econômicos, culturais, e a própria representação social do saber médico que restringe, limita e desencoraja a mulher e sua família a buscar ou possuir acesso à informação (AGUIAR,2010).

Embora a discussão sobre violência obstétrica seja recente no Brasil, países como Argentina e Venezuela já a consideram um crime cometido contra as mulheres; devendo ser prevenida, punida e a ação erradicada. Estes modelos de assistência ao parto, por sua vez, são baseados em modelos da Alemanha e Inglaterra que preconizam a autonomia e os direitos da mulher sobre seu próprio corpo (PERSEU ABRAMO,2013).

Vale ressaltar que embora o conceito violência obstétrica seja novo, já havia uma discussão no Brasil acerca da violência no parto, considerada frequentemente como um tipo de violência institucional. Pesquisas sobre violência institucional no período gravídico- puerperal revelavam como as mulheres estavam sob o julgo de uma relação de domínio

médico/paciente sustentada culturalmente. Estas mulheres sequer questionam a forma como foram assistidas, seja isso no meio público ou privado de saúde (AGUIAR, OLIVEIRA, 2010). De acordo com esses autores, o termo violência obstétrica surge no intuito de destacar o campo da parturição, práticas rotineiras de procedimentos desnecessários, desumanização no tratamento, falta de acolhimento e desenformação por parte dos profissionais.

Em pesquisa sobre os níveis de satisfação à assistência ao parto normal em maternidades públicas, realizada com 246 puérperas, em diversas regiões do Brasil, Domingues et al (2004) constatou níveis de insatisfação elevados no que diz respeito a falta de informação prestada durante o trabalho de parto, além de conduta profissional desatenciosa, grosseira, impaciente e desrespeitosa, ressaltando declarações moralistas sobre a vida pessoal e o comportamento as pacientes se configurando como violência verbal e negligência.

A pesquisa nacional intitulada Nascer no Brasil coordenada por Leal (2010), mostrou em seus resultados que 70% das mulheres brasileiras entrevistadas desejavam um parto normal no início da gestação, mas foram modificando sua ideia ao decorrer do trajeto. Além disso, destaca-se que os nascimentos em rede privada no país são caracterizados pela via cesariana, sendo caracterizados por 88%. É da ordem de 91,7% a porcentagem de mulheres que foram restritas a posição litotômica na hora de dar a luz. Ao parirem apenas 26,6% das mulheres tiveram contato pele a pele com o bebê imediato. Apenas 18,7% tiveram garantia do direito do acompanhante de sua escolha preservado durante todo o trabalho de parto. Sobre o procedimentos desnecessários de rotina, 53,5% sofreram episiotomia no expulsivo, enquanto apenas 5% tiveram partos livre de intervenções desnecessárias e o direito de parir resguardado. Apenas 25,5% tiveram direito a se alimentar livremente durante o trabalho de parto. No total os nascimentos no Brasil consistem em 52% de cesarianas.

Segundo Terán et al (2013) em um estudo sobre violência obstétrica na Venezuela, destacou que, em uma amostra de 425 mulheres usuárias das maternidade públicas do país, 291 disseram ter passado por algum ato desumano por parte dos profissionais de saúde. Destas mesmas mulheres 156 perceberam os atos como violência. Dos atos desumanos o que se pode destacar são atos como serem reprimidas no momento de seu parto (21% dessas mulheres), não as deixarem gritar, ou chorar, ou gemer no momento de seu trabalho de parto e também a execução de procedimentos sem a autorização ou comunicação a essas mulheres durante seu trabalho de parto (37%). Outro fato que se pode ressaltar desta mesma pesquisa foi a percepção destas mulheres em relação aos procedimentos e ao tratamento durante o parto estava relacionada diretamente ao grau de

escolaridade das mesmas, ou seja, as 291 mulheres que perceberam maus tratos durante o parto possuíam apenas o ensino secundário do país.

A ocorrência de violência obstétrica não está restrita ao âmbito da saúde pública, mas também na privada. No entanto, há referências que a maior parte da incidência de práticas violentas ocorrem em hospitais públicos, nos quais os usuários possuem maior diversidade étnica e menor nível de escolaridade, influenciando no tratamento e na própria percepção do parto (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO,2010).

No Brasil, apesar de não haver uma punição específica à violência obstétrica, percebe-se um crescente movimento de apoio em forma de redes; sejam estas virtuais ou presenciais entre as mulheres, em busca de empoderamento, acolhimento e busca por informações que as protejam deste cenário. E alguns avanços também ocorreram desde que órgãos fiscalizadores começaram a investigar o número de cesarianas que existiam nos convênios (BRASIL, 2015).

Na Venezuela por exemplo, a realidade é diferente. O termo violência obstétrica já tem sido utilizado há algum tempo, mais especificamente desde 2007, quando se reformulou a lei orgânica de direitos da mulher e família (Nº38.647- 1998), no intuito de tipificar mais uma forma de violência contra a mulher, neste caso, no contexto da obstetrícia, sob pena de multa e até demissão do cargo a quem comete esta forma de violência. Na Argentina também já existe punição específica, no entanto ainda requer o esforço da sociedade civil em aceitar este tipo de violência para que a mesma deixe de ser culturalmente naturalizada (CPMI da Violência Contra as Mulheres , 2012).

No intuito de reforçar um cenário transformador, a declaração da OMS (2014) estabeleceu cinco medidas básicas que reforçam as iniciativas nacionais contra a violência obstétrica. A primeira medida diz respeito ao maior apoio dos governos e de parceiros do desenvolvimento social para a pesquisa e ação contra os desrespeitos e maus-tratos. Sugeriu-se também começar, apoiar e manter programas para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde materna, com forte enfoque no cuidado respeitoso, sendo este componente essencial da qualidade da assistência. Como terceiro ponto foi posta a ênfase nos direitos das mulheres a uma assistência digna e respeitosa durante toda gravidez e o parto. A produção de dados relativos às práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde, como também sistemas de responsabilização e apoio significativos aos profissionais também fazem parte destes pontos. Por fim, é necessário o envolvimento de todos os interessados, incluindo mulheres, nos esforços para melhorar a qualidade da assistência e eliminar o desrespeito e as práticas abusivas (OMS,2014).

A humanização no âmbito da obstetrícia tem sido uma estratégia rumo à mudança de compreensão sobre o parto como experiência natural da mulher e, para aqueles profissionais que acompanham uma mudança, de como se portar mediante o sofrimento do

outro (DINIZ, 2005). Além dos programas de humanização do parto que vem sendo criados desde 2001 (Brasília, 2001), criou-se também a Política Nacional de Humanização (PNH 2004) que objetivou promover o caráter fisiológico e natural do parto; no qual a mulher participaria de forma ativa e autônoma, reduzindo os danos sofridos pelas parturientes submetidas ao modelo tecnicista de atenção (SODRÉ, LACERDA, 2007). Entretanto, o movimento pelo direito de uma assistência humanizada pelo fim da violência obstétrica é um desafio em curso, pois sabe-se que o Brasil ainda continua perpetuando práticas intervencionistas no parto; sendo o país com o maior número de cesarianas do mundo - taxa de 65% de cesarianas do número total de nascimentos, conseguindo chegar a mais de 90% na rede particular e de convênios no Brasil (NASCER NO BRASIL, 2014).

Pesquisas nas instituições de saúde que oferecem serviço no ciclo gravídico-puerperal são necessárias uma vez que revelam as relações entre as usuárias/ famílias e as equipes de saúde de tais serviços, contribuindo para avaliação da qualidade da assistência prestada e conseqüentemente das estratégias institucionais implementadas a partir de políticas públicas de saúde. Além disso, as pesquisas podem apontar os desdobramentos das ações dos profissionais na vida dessas usuárias.

METODOLOGIA

O estudo realizado caracteriza-se como um estudo qualitativo e exploratório. A pesquisa qualitativa refere-se a um método utilizado para se estudar um fenômeno em seu contexto no qual o processo ocorre podendo ser melhor compreendido e devendo ser analisado numa perspectiva integrada. Para que se tenha resultados satisfatórios o pesquisador vai a campo com o objetivo de captar o/ os fenômenos em estudo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas, considerando todos os pontos de vista relevantes (GODOY,1995). No caso do estudo sobre violência obstétrica no Brasil, não existe um campo teórico conceitual desenvolvido suficiente para deter-se apenas a pesquisas quantitativas, a utilização desse método tanto ajudam na formulação do objeto, quanto na descoberta das dimensões do problema ainda não avaliadas de outras formas (CARVALHO,2015).

Participaram da pesquisa 11 mulheres adultas, primigestas e primíparas que tiveram sua experiência de parturição em uma maternidade pública de Campina Grande. Destas, sete tiveram partos normais e quatro, parto cesárea. Como instrumento de pesquisa utilizou-se a entrevista semi-estruturada, cujo roteiro abarcou como temas o perfil sociodemográfico, a assistência ao parto e a violência obstétrica. Importante esclarecer que para identificar e compreender as vivências sobre violência, foi necessário primeiramente saber sobre a

assistência ao parto de um modo geral para se identificar e compreender as vivências dos episódios de violência pelas usuárias.

No intuito de identificar as mulheres a partir dos critérios da pesquisa (acima de 18 anos, primípara e primigesta), foi realizada uma seleção prévia, com ajuda da equipe de enfermagem, por meio dos prontuários de internação das mesmas. Em um segundo momento, procurou-se as mães em seus leitos para convidá-las a participarem da pesquisa. Após esclarecimentos sobre a pesquisa e consentimento das puérperas em participarem do estudo, foram realizadas entrevistas individuais na enfermaria hospitalar. Vale informar que todas as entrevistas foram realizadas no máximo dois dias após o parto ter acontecido, tendo em vista o breve período de internação no hospital. Também não foram realizadas entrevistas no mesmo dia em que o parto ocorreu, com o objetivo de respeitar o descanso das mães e a própria acomodação fisiológica do corpo no período puerperal. Dados representados na tabela abaixo:

Sujeito	Idade	Tipo de parto	Escolaridade	Religião	Renda	Estado Civil	Tempo de relacionamento
01	19	Normal	Ensino Fundamental completo	Católica	880,00	Solteira	6 meses
02	19	Normal	Ensino médio incompleto	Não tem	não possui	Solteira	não relatou
03	19	Normal	Ensino médio incompleto	Católica	1200,00	Casada	não relatou
04	20	Normal	Ensino médio completo	Católica	1200,00	Casada	3 anos
05	28	Normal	Ensino fundamental incompleto	Católica	300,00	Solteira	3 anos
06	27	Normal	Ensino superior completo	Evangélica	1000,00	Casada	2 anos
07	20	Cesárea	Ensino médio completo	Não tem	880,00	Solteira	1 ano
08	18	Cesárea	Ensino fundamental II completo	Católica	2640,00	Solteira	não relatou
09	24	Cesárea	Ensino médio	Evangélica	880,00	Solteira	2 anos

			completo				
10	19	Cesárea	Ensino médio incompleto	Evangélica	Não sabe	Solteira	5 anos
11	23	Cesárea	Ensino médio completo	Católica	1200	Casada	2 anos

O projeto de pesquisa foi autorizado primeiramente pela instituição hospitalar e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o registro CAAE 51496215.2.0000.5187. Seguindo as diretrizes e normas sob a resolução do CONEP 466/12 do CNS/MS para pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das participantes

No que diz respeito aos dados sócio- demográficos, o grupo foi composto por 11 mulheres com idade entre 18 e 28 anos, sendo 4 casadas e 7 solteiras. Dez participantes se encontravam em uma situação conjugal estável. No que diz respeito à renda familiar, três gestantes contavam com um salário mínimo; duas declararam ter renda inferior a meio salário mínimo; três contavam com renda de dois salários mínimos; uma contava com renda total de três salários mínimos e duas não sabiam sua renda. Todas se declararam dependentes financeiras seja de seus pais (três) ou dos companheiros (oito). A respeito do grau de escolaridade, três relataram ter o ensino fundamental completo; quatro, o ensino médio completo; três, o ensino médio incompleto e uma, ensino superior completo.

Entrevistas

A análise dos dados das entrevistas permitiu construir duas categorias temáticas: assistência ao parto e violência obstétrica. A categoria assistência ao parto se subdividiu nas seguintes categorias: posicionamento frente ao tipo de parto realizado e avaliação da assistência. A categoria violência obstétrica foi subdividida em definição e tipos de violência.

Para melhor compreender o contexto da assistência ao parto, foi necessário, primeiramente, conhecer o que as mulheres acharam sobre o tipo de parto realizado, bem como seu desejo no período da gestação. Do total de participantes, cinco mulheres foram submetidas à cirurgia cesariana e seis tiveram parto via vaginal, comumente denominado parto normal. Das cinco participantes que foram submetidas à cirurgia, apenas uma desejava cesariana desde o início da gestação, pois relatava ter muito medo da dor, de

acontecer algo ruim com o bebê, ou de não ter capacidade de parir. Como destacado nessa fala:

“... que pra mim o normal não era bom não. Porque eu não tinha passagem”.

(A.L. 20 anos, parto cesárea).

Importante destacar que nove participantes acreditavam que o parto normal seria a via mais adequada. Entretanto, apenas seis mulheres conseguiram ter esse tipo de parto. Constatou-se que o parto normal, quando considerado a melhor opção, era justificado pela rápida recuperação, como o melhor para mulher e para o bebê, mesmo havendo dor. Foi observado que dessas mulheres, oito delas sobrepunham os fatores benéficos para fins de escolha do parto, somadas também as experiências contadas pelos familiares.

“... Eu ficava pedindo a deus pra o meu ser normal... Porque elas falavam que a recuperação é mais rápida e depois não fica com dor... depois do parto, e é muito melhor...”.

(C., 20 anos, parto normal).

As cinco mulheres que foram submetidas ao parto cesárea, justificaram a cirurgia a partir dos seguintes argumentos: perda de líquido (2), muita dor (1) e falta de passagem (2), respectivamente. Embora os dados não permitam perscrutar se tais indicações para a realização da cirurgia cesárea estavam de acordo com as indicações da medicina baseada em evidências (NOTZON, 1994), eles são interessantes na medida em que revela à compreensão das mães e/ou a reprodução do discurso médico. Vale ressaltar que indicar uma cesariana sem justificativa adequada, é uma forma retirar o protagonismo da mulher e uma forma de violência para com a mesma, mas muitas vezes tal conduta não é questionada, pois o “resultado” do procedimento trouxe, através do nascimento, um filho com saúde (PEREIRA et al., 2011).

Para lidar com a experiência de um tipo de parto não esperado, os discursos construídos pelas mães reconheciam a cesárea como algo necessário no momento que foi feito, mesmo sem a equipe ter informado o motivo coerente para que a mesma viesse a ocorrer. Avaliando sempre a decisão do médico como algo positivo e benéfico, independente de estarem cientes ou não do motivo. Esta confiança e o fato de delegar a responsabilidade ao médico e sua equipe se associa e aparece em outros como a falta de autonomia presente na relação médico-paciente existente nesse meio (DINIZ, DUARTE, 2007).

Ao serem questionadas sobre como avaliavam a experiência do parto, observou-se que das seis mulheres que tiveram parto normal; quatro afirmaram que apesar da dor do parto aquela via era a melhor. Aspectos como tranquilidade foram ressaltados:

“Foi muito tranquilo... Eu passei sentindo as contrações por muito pouco tempo... Até porque foi bem rápido, né?! Porque o médico pense numa ajuda boa a daquele médico!” (G. 19, parto normal).

Ao serem perguntadas sobre o tipo de parto que escolheriam diante de uma segunda gravidez, quatro participantes, das seis que tiveram parto normal, permaneceram com a ideia de que a via de parto normal era mais segura e mais benéfica, pois relataram má assistência durante o parto por via vaginal, sendo esta relacionada a dor e a espera em seu trabalho de parto.

As quatro mulheres que tiveram como via de parto a cesariana afirmaram que querem, em um próximo parto, cesárea novamente. Duas destas falaram que gostariam de agendar para não entrar em trabalho de parto e passarem pela mesma situação como se observa nessa fala:

“Cesáreo, porque a dor é muito grande mesmo, viu?! Muito mesmo” (N. 18 anos, parto cesáreo).

Em oito participantes observou-se que a dor do parto era determinante para a escolha da via de parto. A ideia da dor no processo de parturição causa temor em várias gestantes (nove das gestantes apresentaram em seu discurso o medo da desconhecida dor do parto) e pode ser a principal justificativa para a escolha do parto cesárea. Muitas mulheres, geralmente impactadas por relatos de experiências negativas de outras mulheres esquecem, entretanto, que a dor é algo vivenciado de forma singular. Como retrata Mamede et al. (2007), a dor não é algo puramente fisiológico, referente à dilatação cervical do colo do útero, mas também engloba fatores psicológicos que contribuem para o alívio ou atenuação desse fenômeno (MAMEDE ET. AL., 2007).

As justificativas das mulheres que preferiram cesárias eram o medo da dor, o medo da morte e outras coisas que se referiam ao processo de parturição. O medo de um processo que as mesmas ainda não vivenciaram, é um fator determinante para a insegurança quanto à escolha da via de parto. O medo da dor, do desempenho materno ser determinante para o comprometimento do bem-estar fetal, estão presentes nestes resultados e são confirmados em outros estudos, como por exemplo, na pesquisa de

Pereira, Franco e Baldin (2010) que fizeram um estudo relacionando a dor ao protagonismo da mulher e constataram que as mesmas tinham em seu imaginário o medo como um fator determinante para transcorrê-lo do trabalho de parto. O medo era gerado a partir de histórias e muitas vezes fatos narrados por familiares ou pessoas de seu convívio associados aos tipos de parto. O medo gera tensão muscular e a liberação de hormônios como a adrenalina, que por sua vez, também aumenta a dor muscular. A desinformação e a falta de confiança nos profissionais que atendem a gestante naquele momento podem ser determinantes para promovê-lo a sensação de insegurança (ou segurança) que aquela mulher poderá ter para que haja uma modificação em como ela percebe essa dor. No caso da mulher acima citada relata em outras fala como a dor foi determinante para o seu processo (AMORIM et al., 2007).

Muitas vezes a falta de informação, as condições ambientais, o medo e a insegurança, geram tensões que afetam o trabalho de parto, aumentando demasiadamente a dor e fazendo com que aquela mulher encare o seu trabalho de parto como cheio de dor e sofrimento, preferindo a cirurgia. Entretanto, como o medo está sempre presente na vivência do desconhecido, no parto não seria diferente (MALDONADO, 1997). Dessa forma, para que se possa vivenciar o trabalho de parto da melhor maneira possível a gestante deve se sentir acolhida, segura e sentir a atenção dos profissionais. Não promover um ambiente acolhedor para as mulheres que passam pelo processo de parturição também se configura como violência obstétrica, pois não havendo um ambiente que promova segurança a parturiente os desfechos da experiência poderão ser muito negativos (OMS, 2012).

Sobre a avaliação da assistência, as usuárias relataram pontos negativos e positivos geralmente os pontos positivos referiam-se à assistência da equipe, principalmente no acompanhamento durante o parto. Os pontos negativos se referiam ao descaso (1) e mau-atendimento (omissão de informação, grosseria nas falas e nos atos) (8) em relação ao tratamento médico/ enfermeiro-paciente. Quando se falou em pontos positivos mais uma vez se referiram à equipe (técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e recepção (2) e na estrutura do hospital (3), a questão da estrutura física do ambiente também foi citada como ponto positivo e a higienização). Pode-se perceber que ,assim como estudos anteriores há uma relação de dominação na questão da saúde, na qual mesmo que a usuária tenha sofrido violações no que concerne ao processo de parturição ainda sim a mesma não consegue expor sua opinião como contrária a quem a acolheu (PEREIRA, 2004).

“... quando eu cheguei já fui logo bem atendida, já fizeram os exames, tudo... foi quando eu tava sentindo muita dor, ai a enfermeira me chamou pra outra sala de parto, só que eu não tava conseguindo andar e uma amiga me ajudou e a enfermeira pegou no meu braço e saiu de

arrastando... dizendo que o menino não nascia assim, rápido. Só que ele já tava nascendo... e eu não tava conseguindo andar.” (C, 19 anos, parto normal).

Na fala acima a própria conduta e avaliação, assim como relato da assistência, se configuram como violência contra a usuária. Mesmo que oito entrevistadas tenham relatado boa assistência, uma afirmou que como o atendimento foi horrível e duas avaliaram como ruins, justificando a má assistência recebida devido às condutas médicas.

“No meu eu vi que foi tudo bom, mas aqui eu vi que tinha uns que” minha nossa senhora “... Totalmente o oposto e eu tava com medo era disso.” (G.20 anos, parto normal).

Interessante destacar que de uma forma geral, a avaliação da assistência foi positiva. Este dado por ser explicado levando-se em consideração que o fazer médico-equipe no parto ainda é visto como algo salvador uma vez que trouxe o bebê ao mundo. Outro aspecto diz respeito à autoridade médica (AGUIAR, d’OLIVEIRA, 2011). A dependência do sujeito com relação ao saber médico faz com que as pessoas se submetam a procedimentos ou situações por terem medo de consequências ou desfechos desagradáveis caso não venham a obedecer (STARR, 1991) ou por terem aprendido que era necessário haver tal submissão. Consequentemente, mesmo que haja ações inadequadas e desrespeitosas, elas são consideradas comuns, ou, em outras palavras ações naturalizadas.

A categoria violência obstétrica, segunda categoria do estudo, dividiu-se nas seguintes subcategorias: definição, incidências e tipos de violência.

No que tange à definição dessa forma de violência, nove mães alegar que não sabiam definir exatamente o que seria a violência obstétrica, pois nunca haviam ouvido falar. No entanto podem-se perceber inferências sobre o que poderia VO, explicando, algumas vezes, por meio de exemplos (violência física e verbal, parto induzido, médico machucando alguém, episiotomia de rotina):

“Pronto, nesse caso quando vai ter normal”... tem gente que não precisam cortar e eles cortam sem necessidade... (Puérpera I, 19 anos, parto normal).

Tais dados corroboram a pesquisa da Fundação Perseu Abramo, por meio da qual se constatou que a maior parte das mulheres que sofre ou já sofreu esse tipo de violência não sabe defini-la, pois não a conhece (PERSEU ABRAMO, 2010). O fato de não saberem definir o que seria a violência obstétrica é compreensível na medida em que esse termo foi criado há pouco tempo, mesmo diante da ocorrência do fenômeno em várias instituições.

Duas entrevistadas, entretanto, afirmaram que já tinham ouvido falar e alegaram que violência obstétrica era quando o profissional de saúde que as atendia tentava induzir ou praticar algum tipo de violência física durante a assistência:

“... A violência obstétrica seria aquele médico que induz... na verdade ele não chega nem a induzir, ele faz o processo pra paciente...” (E. 27 anos, Parto normal).

Sobre os tipos de violência, foi possível identificar oito episódios de violência verbal nas entrevistas de oito participantes:

“Quando chegou lá ai ela falou que eu tinha vindo de longe pra gritar no ouvido dela... por que quando ela fez o exame de toque eu gritei porque doeu muito... ele já tava nascendo. A única vez que eu gritei.” (Puérpera CA, 19 anos, parto normal).

“Na hora que eu fui ter cesárea, né, o médico... eu sentindo as dor e pelo menos era pra ele ter deixado passar, né? A contração... pra aplicar injeção. Aí eu peguei na mão dele, ai ele falou, disse até umas coisas comigo. Disse que tinha pegado e dado um beliscão nele nada a ver.” (Puérpera AL, 20 anos, cesariana).

“Eles ficaram apelando, vendo que eu conseguia, que eu tava já desmaiando e não fizeram cesárea”. Sem ter passagem assim, pra ele sair... Foi. Ainda chegaram a anestesiarem e levar pra sala de cirurgia. Mas ai chegaram lá e tiraram com um ferro, ele... (M. 27 anos, parto normal)

A violência verbal é uma das principais formas de violência obstétrica, na qual o profissional de saúde exerce uma relação de poder com o paciente ali internado, uma vez que teoricamente quem sabe mais sobre a situação é ele, de acordo com o saber popular. Este fato faz com que cada vez mais o paciente, no caso, a mulher, sintam-se sem autonomia e internalize que o processo de parturição não pertence a ela, tornando-a cada vez mais impotente. Ainda segundo Terán et al (2015) a violência verbal exerce esta forma de dominação no contexto da saúde, o que se faz entender porque essas mulheres não compreendem tal forma de violência como violência, mas sim como conduta.

A negação de informação, outra forma de violência, foi relatada por duas participantes:

“Porque sempre que eu ia perguntar alguma coisa né. eles não informavam direito” (Puérpera N, 18 anos, cesariana).

Foi possível também perceber a ocorrência de dois casos de episiotomia (corte lateral no períneo no período expulsivo), que se caracteriza como uma violência obstétrica, uma vez não sendo realizada devido à capacidade de elasticidade que a mulher possui no trabalho de parto. Tal procedimento, por não ter embasamento científico que respalde a sua utilização, configura-se como uma violação anatômica no corpo da mulher que pode causar danos irreversíveis, tais como perda de sensibilidade e até deformidades anatômicas que venham a prejudicá-la posteriormente (AMORIM ET. AL. 2007). Este O fato de da ocorrência de episiotomia no contexto deste estudo diferencia a maternidade na qual o mesmo ocorreu do contexto nacional, onde em pesquisa traz que 53,5% das mulheres sofrem episiotomia de forma rotineira durante o parto (NASCER NO BRASIL, 2010).

“Fizeram aquele cortezinho pra ajudar” (G, 19 anos, parto normal).

Interessante ressaltar que a episiotomia foi considerada por duas entrevistadas como algo benéfico para “auxiliar” o nascimento do bebê. Sendo considerada como parte do processo, por já ser algo tão natural no cenário obstétrico do país.

Outro fator que pode ser caracterizado como violência obstétrica diz respeito ao aviltamento do direito a um acompanhante da escolha da gestante, garantido pela Lei nº 11.108/2005. Em apenas um caso o acompanhante foi proibido de acompanhar a parturiente, pois haviam informado na recepção que não podia acompanhar a esposa no leito compartilhado na sala de parto, sem dar quaisquer justificativas. Esse dado de que apenas uma das gestantes deste estudo foi privada de ter seu companheiro durante o processo também coloca o cenário da maternidade em questão em um patamar diferente do cenário das pesquisas nacionais, que relatam que no cenário obstétrico atual do Brasil, apenas 18,7% tem acesso a acompanhantes de sua escolha nesse processo, caracterizando a maternidade em questão como tendo mais um aspecto positivo dentre tantos pontos negativos do contexto obstétrico atual no país.

Entender que se teve os direitos violados em um momento tão delicado, como o nascimento, requer uma informação prévia a respeito do assunto, pois a hierarquia na área de saúde ainda é extremamente presente em nosso sistema, especificamente aqui no Nordeste do Brasil (NASCER NO BRASIL, 2014).

A manobra de Kristeller (empurrar o fundo do útero no período expulsivo) proscrita nas literaturas obstétricas atuais, procedimento reconhecidamente danoso à saúde da mulher e do bebê (REIS, 2011) foi relatada por uma das participantes durante seu trabalho de parto. Ressalta-se que tal manobra pode comprometer a vida da mulher e do nascituro,

por interferir no processo de contração uterina, podendo comprometer não só o útero, mas outros órgãos da cavidade abdominal e podendo ocasionar atonia uterina e conseqüentemente um quadro hemorrágico.

“A enfermeira colocou o braço pra forçar e o bebê nascer.” (Puérpera C., 19 anos, parto normal).

Duas mulheres descreveram em suas entrevistas violência física, por parte do médico e da enfermeira. No primeiro caso a enfermeira força a mulher a andar durante a contração e, no segundo, o médico realizou movimentos bruscos na hora de aplicar a anestesia. De um modo geral, mesmo que elas não tivessem identificado como violência obstétrica, percebeu-se que quatro das participantes foram submetidas a procedimentos proscritos ou até desnecessários (OMS, 2010), sendo que seis mulheres sofreram violência verbal; duas foram submetidas à violência física; em uma foi feita a episiotomia sem consentimento e sem avisar e uma foi vítima da manobra de Kristeller. Entretanto, ao final da entrevista, quando a pesquisadora explicou o que seria uma violência obstétrica, uma relatou ter sido vítima, por ter sido destrutada durante seu trabalho de parto e um dos membros da equipe ter a tratado de forma grosseira.

Verificou-se que sete das 11 mulheres não perceberam que sofreram violência, em especial violência obstétrica, em alguns momentos. Das quatro mulheres que avaliaram o parto como algo ruim, apenas duas retrataram as ações como violência, em um dos casos a vítima relata que o médico demorou demais para tomar uma posição mediante seu parto (fala que já foi citada) e acabou fazendo com que ela esperasse demais, como, segundo ela a acompanhante o bebê começou a entrar em sofrimento e decidiram ir pra cesárea, mas como não era mais possível realizar a cirurgia por causa da posição do bebê (já estava nascendo) alocaram fórceps e ele nasceu no segundo caso que relatou a violência foi referente à omissão de informação a respeito do processo da mesma e também quando foi tratada com grosseria.

Os dados sobre violência juntamente com os dados sobre a avaliação da assistência podem parecer, a princípio, contraditórios. Como podem sofrer violência e avaliar o serviço de forma positiva? A violência parecer ser omitida ou está naturalizada a ponto de não ser notada. Como discutem Prazeres e Maia (2010), parece existir na relação médico paciente, uma dominação e “respeito” que torna esses profissionais da área de saúde “blindados” perante qualquer ato (PRAZERES, MAIA, 2010).

Contudo, não podemos esquecer que a própria questão do desconhecimento sobre o que é a violência obstétrica interfere na identificação do fenômeno por parte das mesmas. Além disso, pode haver a ideia de que o sofrimento está intrínseco ao trabalho de parto e

que ela (a parturiente) realmente deve passar por tudo que lhes for proposto (PEREIRA, FRANCO, BALDIN, 2011), incluindo as ações desrespeitosas da equipe.

CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa nos permitiu constatar que a violência obstétrica, sobretudo a violência verbal, geralmente não é identificada e denunciada por várias questões: falta de informação, relação autoritária entre equipe e usuária e ideia de que deve haver sofrimento no processo de parto. Já no que diz respeito à questão de procedimentos desnecessários utilizados de forma rotineira em outras partes do país, nesta maternidade, não se encontra com a mesma frequência.

O baixo número de algumas intervenções proscritas e não realizadas de rotina deve-se ao fato que na maternidade já ocorre à tentativa de implantação do projeto de humanização a assistência ao parto há quase nove anos, o que fez com que este fator tivesse seus índices reduzidos e a questão da lei do acompanhante fosse respeitada. No entanto, no que tange a violência verbal, ainda não se percebeu uma melhoria nesse aspecto, reforçando a ideia de que o paciente está nesse ambiente para ser tratado e não possui autonomia necessária para ser agente de seus processos.

No que tange as condutas desta maternidade, percebeu-se que há uma tentativa de melhora com a implantação de projetos e pessoas capacitadas e de proteção da mulher, no entanto como se trata de uma maternidade pública, o corpo de profissionais não é selecionado e capacitado da forma mais criteriosa possível, resultando em uma má qualidade da assistência e profissional para com as usuárias. Mas ainda a coloca numa posição diferente em relação a outras maternidades do Brasil.

Percebe-se que este cenário no qual a mulher é não se faz sujeito de seu processo, sendo submetida a várias formas de violência como citado anteriormente, é confirmado nas demais pesquisas relacionadas ao tema violência obstétrica em todo o país. Apesar de ser uma nova tipologia de violência contra a mulher, à mesma já acontece há muito tempo e é preciso que se estude e reflita sobre, para que os demais saberes tomem as devidas providências para punição dos agressores e que mais mulheres tenham acesso à informação e procurem a melhor forma de trazer seus filhos ao mundo.

Contudo ainda há um caminho árduo e longo a se percorrer no que diz respeito à informação e humanização do cenário obstétrico do País. É preciso se aprofundar e se estudar mais a fundo como essa nova forma de violência pode implicar na vida das vítimas. É importante entender a violência obstétrica como uma violência social, de gênero e institucional e perceber que as consequências da mesma podem acarretar em diversos danos físicos, psicológicos e sociais no processo gravídico- puerperal.

O campo da Saúde Coletiva, em sua interface com a Psicologia, tem um importante papel neste processo de conhecimento e aprofundamento tanto neste objeto de pesquisa (violência obstétrica) quanto no cuidado às vítimas deste processo, além de ser um importante canal na promoção e prevenção deste tipo de violência, sendo capaz de participar do empoderamento destas mulheres que já estão em uma fase tão delicada de suas vidas. Trabalhos na saúde pública, como rodas de gestante, grupos de apoio sobre temas relacionados à autonomia e o processo de parturição, são fundamentais para mudança deste cenário. Podendo finalizar este trabalho com a esperança de que mudando a forma de nascer se consiga mudar o mundo, como disse Michel Odent.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J.M. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.
- American College of Obstetricians-Gynecologists (ACOG). **Practice Bulletin**. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol.* 2006;107:957-62.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad.Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre o os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 2011b. Seção 1.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.
- DINIZ; C. S. G.; DUARTE, A. C. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem)**. Editora UNESP. São Paulo: Primeira edição, 2004.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004 .
- FIGUEIREDO, B., COSTA, R. , PACHECO, A.. Experiência de Parto: Alguns factores e consequências associadas. **Análise Psicológica**, 2 (20), 203-217. 2002.
- MATOS. G. C., et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no brasil: uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 2013.
- NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 8, p. 1859-1868, Aug. 2008 .
- Nascer no Brasil. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. **Fiocruz**. São Paulo,2010
- Notzon FC, Cnattingius S, Bergjsjo P.; Cole S ; Taffel S; Irgens L; Daltveit AK. Caesarean delivery in 1980s: international comparison by indication. **Am J Obstet Gynecol.** 1994;170(2):495-504.
- OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rio de Janeiro, **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p.569-576, 2008.

- PEREIRA, R. R. et al. Dor e protagonismo da Mulher na parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Brasil, 2011.
- PUCCINI, R. F. et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 19(1):35-45, jan-fev, 2003
- REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. **Maternidade segura no Brasil**: o longo percurso para a efetivação de um direito. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 21 [3]: 1139-1159, 2011
- SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-650, Dec. 2008.
- STARR, P. Orígenes sociales de la soberanía profesional. In:(Org.). *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: **Biblioteca de la Salud, Secretaría de Salud**, Fondo de Cultura Económica, 1991.
- TEIXEIRA, N. Z. F., Pereira W. R. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Revista Brasileira de enfermagem**. 2006
- VELHO, M. B. et al. Vivência do parto normal ou cesáreo: Revisão integrativa sobre a visão das mulheres. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, 2012.
- VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A. dos; COLLACO, V. S. Parto normal e cesáreo: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 2, p. 282-289, Apr. 2014 .