



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

TAÍS NOBRE DE LIMA ANDRADE

**A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E A RELAÇÃO COM A VIOLENCIA OBSTÉTRICA
PERINATAL: REVISÃO INTEGRATIVA**

FORTALEZA - CEARÁ

2019

TAÍS NOBRE DE LIMA ANDRADE

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E A RELAÇÃO COM A VIOLENCIA OBSTÉTRICA
PERINATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção da certificação de especialista em Enfermagem Obstétrica.

Orientadora: Prof.^a.Ms Conceição de Maria de Albuquerque.

FORTALEZA - CEARÁ

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Andrade, Taís Nobre de Lima .

A humanização do parto e a relação com a violência obstétrica perinatal: revisão integrativa [recurso eletrônico] / Taís Nobre de Lima Andrade. - 2019.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 28 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Monografia (especialização) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Especialização em Enfermagem Obstétrica, Fortaleza, 2019.

Orientação: Prof.ª M.ª Conceição de Maria de Albuquerque..

1. Violência obstétrica. 2. Violência perinatal. 3. Humanização da assistência. 4. Obstetrícia. I. Título.

TAÍS NOBRE DE LIMA ANDRADE

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO E A RELAÇÃO COM A VIOLENCIA OBSTÉTRICA
PERINATAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção da certificação de especialista em Enfermagem Obstétrica.

Aprovado em: 21 de janeiro de 2019

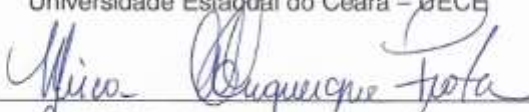
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Me. Conceição de Maria de Albuquerque (Orientadora)
Universidade de Fortaleza – UNIFOR



Prof.^a Me. Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.^a PhD. Mirna Albuquerque Frota
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

RESUMO

INTRODUÇÃO: A violência é tema de aspecto instigante por se tratar de um problema de saúde pública e social, de modo a desencadear consequências e tornar vulnerável a saúde individual e coletiva em suas diversas dimensões. Assim, tem-se intuito de aprofundar os conhecimentos a respeito de sua complexidade, de modo a impulsionar meios de impedi-la. Deste modo, o tema tornou-se tópico fundamental para a área de saúde pública, pois compromete a saúde individual e coletiva, bem como exige, para prevenção e enfrentamento, estrutura, estabelecimento, formulação de políticas e organização de práticas e de serviços exclusivos. **OBJETIVO:** Analisar o papel do enfermeiro no combate à violência obstétrica e mostrar que muitas mulheres vivenciam a violência obstétrica, porém não sabem identificá-la. **METODOLOGIA:** Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, realizada entre os meses de agosto e novembro de 2018, partindo-se do questionamento: “Como diminuir essa violência obstétrica?” O acesso aos estudos deu-se no portal regional online da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram combinados os descritores “Violência Obstétrica”, “Violência Perinatal” e “Obstetrícia”, originando um total de 45 publicações. Refinou-se a busca em acordo com os seguintes critérios: ser artigo publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis completos. A amostra constituiu-se então por 12 artigos, os quais foram lidos minuciosamente. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Porém, também se pode pensar como violência obstétrica a mulher ser privada da escolha da via de parto, pois culturalmente as mulheres são levadas a pensar que o parto normal é sempre a melhor escolha para ela e seu bebê. Entretanto, não são informadas de forma adequada sobre as vantagens e desvantagens tanto do parto normal quanto do parto cesárea. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Logo, faz-se necessário mudanças no modelo da assistência obstétrica, na grade curricular durante a formação dos profissionais técnicos em Obstetrícia, principalmente à categoria da Enfermagem Obstétrica, para diferenciação da formação médica tradicionalista, fato que vem mostrando mudanças na assistência quando um enfermeiro obstetra acompanha o parto.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Violência perinatal. Humanização da assistência. Obstetrícia.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Violence is an exciting topic because it is a public and social health problem, so as to trigger consequences and make individual and collective health vulnerable in its various dimensions. Thus, it is intended to deepen the knowledge about its complexity, in order to boost means to prevent it. Thus, the theme has become a fundamental topic for the public health area, as it compromises individual and collective health, as well as requires, for prevention and coping, structure, establishment, policy formulation and organization of exclusive practices and services. **OBJECTIVE:** To analyze the role of nurses in the fight against obstetric violence and show that many women experience obstetric violence, but do not know how to identify it. **METHODOLOGY:** This study consists of an integrative literature review, conducted between August and November 2018, based on the question: “How to reduce this obstetric violence?” The access to the studies was through the Library's online regional portal. Virtual Health. The descriptors “Obstetric Violence”, “Perinatal Violence” and “Obstetrics” were combined, resulting in a total of 45 publications. The search was refined according to the following criteria: be articles published in Portuguese, English or Spanish, available in full. The sample then consisted of 12 articles, which were read thoroughly. **RESULTS AND DISCUSSION:** However, it can also be considered as obstetric violence for women to be deprived of the choice of the route of delivery, because culturally women are led to think that normal birth is always the best choice for her and her baby. However, they are not adequately informed about the advantages and disadvantages of both normal and cesarean delivery. **FINAL CONSIDERATIONS:** Therefore, changes are required in the obstetric care model, in the curriculum during the training of technical professionals in Obstetrics, especially in the Obstetric Nursing category, to differentiate traditionalist medical education, a fact that has shown changes in care when An obstetric nurse follows the delivery.

Keywords: Obstetric violence. Perinatal Violence. Humanization of care. Obstetrics.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	OBJETIVOS.....	14
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	15
3.1	TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO.....	15
3.2	PROCEDIMENTOS PARA DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	15
3.2.1	Primeira etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa.....	15
3.2.2	Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos.....	15
3.2.3	Terceira etapa: categorização dos estudos que contemplam os critérios de inclusão.....	17
3.2.4	Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos.....	17
3.2.5	Quinta etapa: interpretação dos resultados.....	17
3.2.6	Sexta etapa: apresentação da revisão.....	17
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	19
4.1	VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	20
4.2	HUMANIZAÇÃO NO PARTO.....	22
4.3	ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM.....	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25

1 INTRODUÇÃO

A violência é tema de aspecto instigante por se tratar de um problema de saúde pública e social, de modo a desencadear consequências e tornar vulnerável a saúde individual e coletiva em suas diversas dimensões. Assim, tem-se intuito de aprofundar os conhecimentos a respeito de sua complexidade, de modo a impulsionar meios de impedi-la.

O aprofundamento do conhecimento da responsabilidade dos profissionais que acompanham todo o ciclo vital da gestação revela a necessidade do envolvimento da família no cotidiano da gestante, no qual este ambiente se apresenta como base para o desenvolvimento da gestação, no qual terá muitos mitos e medos sentidos por essas puérperas, concernente aos métodos empregados no contexto de gestações e vivências já vividas por pessoas próximas a essa gestante. Portanto, a atmosfera familiar se configura como um espaço de construção, intervenção e consolidação acerca da gestação.

Entre as definições operacionais adotáveis a respeito da violência, a Organização Mundial da Saúde - OMS (2007, p.1165) delibera que:

A violência é o uso da força física ou do poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

Prioriza a violência, problema considerado como o desafio do século, pois se encontra disseminado no tecido social, assume diferentes modalidades e causa amplo impacto na saúde da população. Além disso, resulta em grandes gastos econômicos e sociais para o Estado e para as famílias. Logo, a violência se caracteriza como um fenômeno sociohistórico e caminha ao lado de toda a experiência da humanidade, como uma parte inevitável da condição humana (BRASIL, 2010).

Deste modo, o tema tornou-se tópico fundamental para a área de saúde pública, pois compromete a saúde individual e coletiva, bem como exige, para prevenção e enfrentamento, estruturas, estabelecimento, formulação de políticas e organização de práticas e de serviços exclusivos (MINAYO, 2007).

A violência tem peculiaridades descritíveis e objetivistas dentro do âmbito social. Neste sentido, Lisboa e Ebert (2012, p.191) assinalam que “A violência se caracteriza pela intencionalidade, ou seja, uma ação agressiva passaria a ser considerada violenta quando é fruto de um projeto voluntário intencional e destrutivo”.

Como problema de saúde coletiva, as violências e os acidentes propagam-se por meio da grandeza e seriedade com elevada influência e ímpeto relativo ao agravo à saúde e à morte. Logo, permeia e repercute na mortalidade precoce de adolescentes, jovens, adultos e idosos, de modo a causar impacto na redução da expectativa e qualidade de vida (SILVA, 2010).

Atos de violência encontram-se fundeados em relações sociais de distintas épocas e sociedades. Os relatos históricos mostram que sua manifestação acompanha o processo civilizatório. E, no Brasil, a partir da década de 1980, as violências intencionais se apresentam em contorno drástico, como um perigo que ronda a todos, constantemente. O aumento da violência e da criminalidade na sociedade brasileira inicia-se com o término da ditadura militar. Nesta época de esperanças, os movimentos sociais pela democratização e a intensa “coação” de algumas entidades não governamentais e organizações internacionais, com capacidade de influenciar as intenções e concepções de autoridades nacionais, permearam de modo essencial para transformar a violência em uma questão pública (CRUZ NETO, 1999; MINAYO, 2007).

Cruz Neto (1999) e Macedo (2009) mostram que a violência não é um fato uniforme, que se apresenta de caráter único, monolítica, universal e estática, que se espelha na sociedade e que pode ser elucidado por meio de relações do tipo causa/efeito, como: “pobreza gera violência”. Na realidade, ela é polifórmica, multifacetada, está diluída na sociedade sob a configuração das mais diversas manifestações e é ressignificada segundo o tempo, o lugar, as relações e as percepções.

Associando os significados da violência na sociedade, novas políticas aclaradas e efetivadas, entre elas se destaca a política Nacional de Promoção da Saúde, a prevenção da violência e o estímulo à cultura de paz, que foi uma das ações específicas priorizadas no biênio de 2006-2007. Nela consta a ampliação e o fortalecimento de investimento na sensibilização e capacitação de gestores e profissionais da saúde (BRASIL, 2006).

As políticas e os modelos para enfrentar a violência perpassam por dificuldades de implantação e concretização, pois envolve ações intersetoriais e interdisciplinares.

Evidencia-se, no entanto, que enfrentar a violência implica lidar com questões complexas que entrelaçam aspectos pertinentes à moral, ética, ideologia, política e cultura. Os obstáculos que o setor saúde enfrenta, ao assumir as violências como objetos de intervenções, são marcadas pela racionalidade biomédica, traduzida em modelo e dinâmica específicos, voltada para as doenças e não para os problemas complexos, cuja prevalência relaciona-se a vida social (MINAYO, 2007; BRASIL, 2010).

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher,

tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6). Nesse sentido, a violência contra a mulher revela-se em distintas expressões e uma delas tem sido muito recorrente e não identificada: a violência obstétrica. Refere-se a violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ *et al*; 2012).

Ao longo da história as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS 1996, violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Assim, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulher. A negligência e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais publicado pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se vivenciaram essas violências. Da mesma forma, esses dados têm sido analisados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012) que computou que 12,7% das queixas das mulheres consideravam sobre o tratamento desrespeitoso, englobando relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas. No mesmo fundamento, Venturini e pesquisadores (2010), através da pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, mostraram que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência nos serviços de saúde durante a atenção ao parto, tanto públicos quanto privados.

No último decênio, diversas definições de violência obstétrica têm sido propostas. Uma delas é a da primeira legislação latino-americana tipificando esta forma de violência, aprovada na Venezuela, delibera.

“Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres.”

Inúmeras expressões já foram utilizadas para designar o fenômeno, como “violência no parto”, “abuso obstétrico”, “desrespeito e abuso”, “violência de gênero no parto e aborto”, “violência institucional de gênero no parto e aborto”, “assistência desumana/desumanizada”, “crueldade no parto”, “violações dos Direitos Humanos das mulheres no parto”. Dentre outras

variações possíveis, a proposta por Bowser e Hill elenca as principais categorias de desrespeito e abuso nas instituições de saúde, associando-as aos direitos correspondentes.

Obviamente, o parto é um momento único, esperado e memorando na vida da mulher, quando a atenção destituída pelos profissionais deveria ser singular e pautada no protagonismo da mulher, transformando-o mais natural e humano possível. Peculiarmente de outros acontecimentos que necessitam de cuidados hospitalares, o processo de parturição é fisiológico, normal, necessitando, na maioria das vezes, apenas de apoio, acolhimento, atenção, e o mais essencial, humanização no cuidado daqueles que perpassam na vida e momento dessas puérperas.

A experiência da parturição sempre foi apontada como um momento significativo para a vida das mulheres, por proporcionar a transição feminina a um novo papel social: o de ser mãe. Até meados do século XIX, o acontecimento do nascer se dava no domicílio, sendo a parturiente assistida por parteiras, as quais faziam todos os esforços para que este momento fosse de conforto e alegria (LEAL, *et al*, 2017).

De acordo com Pérez e seus colaboradores (2017), no século XX, a institucionalização do parto fez com que este evento requeresse o uso de tecnologias durante a assistência, diante de situações classificadas como de alto risco à mãe e ao bebê, promovendo a diminuição dos índices de morte materna e neonatal.

Entretanto, essas práticas passaram a ser vistas como mecanizadas, fragmentadas e desumanizadas, pelo excesso de intervenções desnecessárias, restringindo a autonomia feminina no momento do parto, tornando-se, no campo feminista e obstétrico, um evento de caráter violento e violador de direitos (LEAL, *et al*, 2017).

A partir do reconhecimento da ocorrência dessa violação à mulher, a terminologia violência obstétrica foi empregada, sendo definida como uma apropriação do corpo feminino e de sua autonomia reprodutiva, durante o processo do pré-parto, parto e pós-parto, pelos profissionais da área da saúde, expondo a mulher a condutas desumanizadas, à utilização de procedimentos dolorosos ou constrangedores, bem como de medicação sem a real necessidade, convertendo o processo natural de nascimento em patológico e uso de atitudes abusivas no que tange ao psicológico feminino (LEAL, *et al*, 2017).

Conforme Venturi e seus coautores (2010), a violência obstétrica é uma realidade em diversos países. Pesquisa realizada no Brasil aponta que uma em cada quatro mulheres sofre violência no parto. Como estudado por Pereira, Fioretti e seus colaboradores (2015), não impedor, estudos realizados no México, na Venezuela e no Brasil revelam que as parturientes são submetidas a práticas invasivas não autorizadas, uso de manobras obstétricas dolorosas e

utilização de medicamentos que aceleram as contrações uterinas. Acrescentam-se a essas condutas o uso de palavras humilhantes, o abandono no momento do parto, a ausência de informação e a proibição da entrada de acompanhantes.

De acordo com Deslandes (2004), humanizar é à prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado garantindo o respeito quanto aos direitos do paciente, sua individualidade e cultura, bem como a valorização do profissional que presta a assistência, firmar um ambiente concreto nas instituições de saúde, que regularize o lado humano das pessoas envolvidos nesse processo de cuidar (PESSINI, 2004).

Refletir sobre a prevalência de partos hospitalares e o aumento do número de cesáreas registradas no Brasil, assim como o vigente cenário de práticas e intervenções descrito, verifica-se a importância de analisar a assistência à gestação e ao parto, compreendendo todo o período, desde as consultas pré-natais até o pós-parto. Interrogações como o acesso à saúde, a qualidade da assistência e a participação da mulher no processo de cuidado, considerando as informações repassadas às gestantes e seu consentimento, norteando sobre sua situação de saúde, as condutas e procedimentos com seus ganhos e riscos e ao seu direito de escolha frente às informações repassadas, com a garantia do direito de ter o acompanhante de sua escolha.

No alargamento dessa discussão, o Ministério da Saúde, concebe a Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher que tem como finalidade garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos deste grupo (SOUZA, GAÍVA, MODES, 2011). Temos como exemplo disso o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), de 2000, que busca avanços na cobertura e na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, tanto para as mulheres quanto para seus filhos, segundo os direitos de cidadania (BRASIL, 2001).

Consequentemente, considerar a autonomia, a individualidade e a privacidade são condições imprescindíveis para que aconteça ali um parto humanizado (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Até o final do século XVIII, o parto era um ritual das mulheres, executado nas casas das famílias com o conduzido por parteiras (RATTNER, 2009; PASCHE, *et al.*, 2010; SANFELICE, *et al.*, 2014). Segundo Sanfelice e seus colaboradores (2014) logo no final do século XIX, inicia-se o processo de mudança por meio dos ensaios de controle do evento biológico por parte da obstetrícia, que deixa de ser da esfera do feminino e passa a ser compreendido como uma prática médica.

De acordo com Pasche *et al.*, 2010; Sanfelice *et al.*, 2014; Wolff & Waldow, 2008, o parir e o nascer, eram vistos como um evento fisiológico e feminino, e passam a ser encarados como um evento médico e masculino, incluindo a noção do risco e da patologia como regra, e

não mais exceção. Assim, com o modelo tecnocrático, a mulher deixou de ser a personagem principal, no qual o médico que conduz o processo.

A partir do século XX, agilizou-se o processo de hospitalização dos partos (PASCHE, *et al.*, 2010), chegando ao final do século a quase 90% deles sendo realizados em hospitais (RATTNER, 2009). Simultaneamente a esse fato, ocorreu aumento do uso de tecnologias com o objetivo de “iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto, tudo para fazê-lo mais normal e obter ganhos para a saúde da mãe e do bebê”. Com a intenção de expandir a qualidade da assistência, tem-se medicalizado o parto, utilizando em larga escala procedimentos considerados inadequados e desnecessários, que muitas vezes podem colocar em risco a saúde e a vida da mãe e do bebê, sem avaliação adequada da sua segurança e sem base em evidências (DINIZ & CHACHAM, 2006).

No cenário atual, a mulher e seu corpo têm sido considerados como máquina, no qual o engenheiro é o profissional médico que detém todo o saber sobre ela, negligenciando informações, emoções, sentimentos, percepções e direitos da mesma na gestação e parto, sendo impossibilitadas de terem a presença de acompanhante de sua escolha, de decidir a posição que querem parir seus bebês e de expressar suas emoções e sentimentos, contradizendo a Política Nacional de Humanização e mudando o foco da mulher para o procedimento, favorecendo-as mais vulneráveis à violência, silenciadas pelos profissionais e pela própria parturiente. Contudo, a atormentada vivência e o trauma acompanham a mulher porta a fora da instituição, na qual essas marcas deixadas ficaram e ocasionaram medos para futuras gestações e consequentemente seus partos, por ser um momento único e esperado a puérpera perpassa a mesma angústia caso seu parto anterior não tenha sido momento agradável e esperado como ela havia planejado durante todo o tempo de gestação.

O estudo desenvolveu-se para contribuir no desenvolvimento de instrumentos de informação e identificação para a construção de medidas e condutas efetivas contra a violência inserida no âmbito hospitalar seja ela violência verbal, seja negar atendimento, negligenciar ou já agendar uma cesárea. Assim, a temática torna-se de extrema relevância para a saúde coletiva, visando aos critérios viabilizadores para a promoção da saúde das gestantes e seus filhos, de modo a focar na melhoria desse parto e de qualidade de vida.

O interesse no assunto veio após o início da especialização em Enfermagem Obstétrica, pois mais próxima dessa vivência me veio à vontade de aprofundar e melhorar minha atuação com essas puérperas, que sentem medo dos relatos dessas experiências já vividas por outras mulheres próximas e de confiança dela.

Com base no exposto, propõe-se o estudo das percepções das gestantes acerca dos seus partos e assim humanizar e tornar esse momento melhor e fazer com que esse parto seja lembrando-se de uma boa forma, não com medo ou angustias. Dessa forma, a pesquisa visa à compreensão das puérperas para um melhor parto, com enfoque nas particularidades de cada mulher, entendo que cada uma é única e aquele momento é único e esperado por ela.

2 OBJETIVOS

Identificar a repercussão da violência obstétrica nos próximos partos da puérpera a partir de suas vivências.

Analisar o papel do enfermeiro no combate à violência obstétrica.

Mostrar que muitas mulheres vivenciam a violência obstétrica, porém não sabem identificá-la.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativo e qualitativa mediante uma revisão integrativa. Tal método a qual consiste em um procedimento de revisão amplo que permite a inclusão de estudos teóricos, empíricos e experimentais, de metodologia qualitativa e/ou quantitativa. Tenciona, portanto, reunir e sintetizar estudos sobre determinado assunto, chegando-se a uma conclusão, e assim gerar uma fonte de conhecimento nova e mais atual sobre o problema, evidenciando se esse conhecimento é válido para a prática (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para o desenvolvimento deste estudo foram consideradas as seguintes etapas, preconizadas por Mendes, Silveira e Galvão (2008): (1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; (2) Estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos (amostragem); (3) Definição das informações a serem extraídas; (4) Avaliação dos estudos incluídos; (5) Interpretação dos resultados e (6) Apresentação da revisão.

3.2 PROCEDIMENTOS PARA DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

3.2.1 Primeira etapa: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

A definição da pergunta norteadora consiste na fase mais importante da revisão, pois determinam quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Diante da necessidade de redução da violência de diversas formas vivenciadas pelas puérperas e tendo-se como um fator traumatizante para a mulher que passa por essa experiência em um momento considerado único e importante para a sua vida, partiu-se da seguinte pergunta norteadora: Como diminuir essa violência obstétrica?

3.2.2 Segunda etapa: estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos

Após a escolha do tema e formulação da questão de pesquisa, iniciou-se a busca nas bases de dados para identificação dos estudos a serem incluídos na revisão. O acesso aos estudos deu-se por meio da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, a qual é uma cadeia

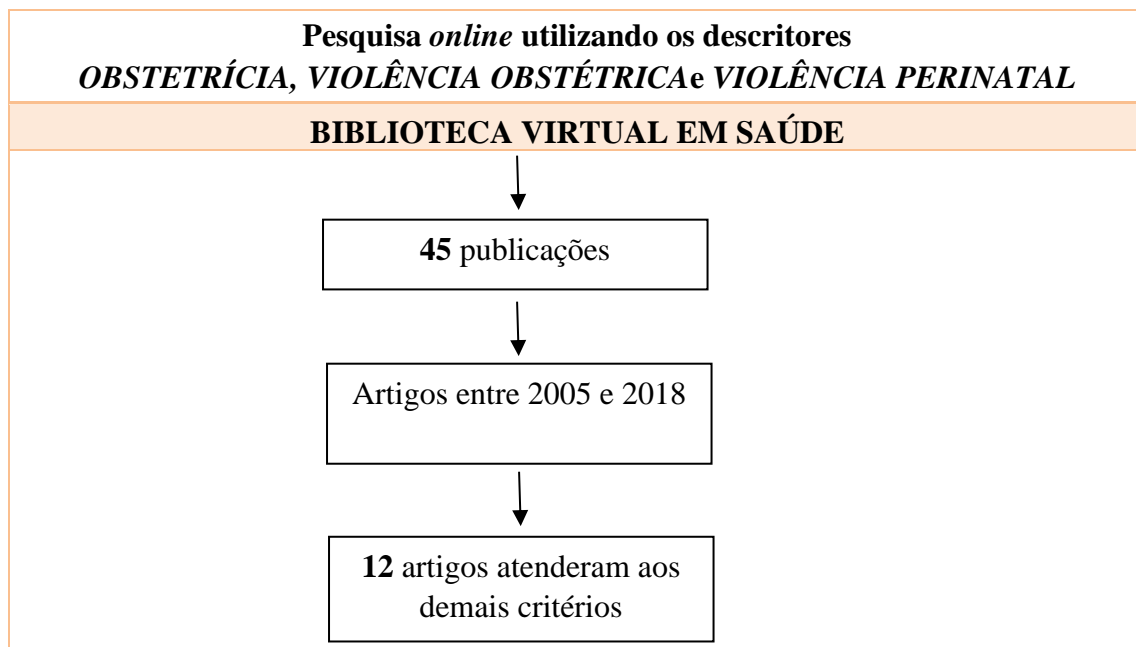
organizacional de informação que congrega mais de 36 bases de dados em saúde nos âmbitos nacional e internacional, disponível *online* (<http://bvsalud.org>).

A busca nas bases de dados ocorreu no mês de setembro de 2018. Durante a amostragem, foram combinados no portal os seguintes Descritores em Ciências da Saúde: “Obstetrícia”, “Violência Obstétrica” e “Violência Perinatal”, originando um total de 45 publicações.

As publicações originadas foram selecionadas em acordo com os seguintes critérios: ser artigo publicado nos últimos dez anos (2008 a 2018), nos idiomas português, inglês ou espanhol, disponíveis completos, cujo tema central envolveu a violência obstétrica, violência perinatal. A aplicação de tais critérios geraram 45 artigos científicos, os quais tiveram seus títulos e resumos lidos, para maior refinamento da pesquisa.

Foram excluídos: dez artigos repetidos, por estarem indexados em bases de dados diferentes; onze artigos cuja temática central não tinha nada a ver com a temática; doze artigos não disponíveis. A amostra selecionada para análise minuciosa foi constituída por 12 artigos. As etapas de refinamento da pesquisa estão descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Amostragem da literatura.



Fonte: Elaborado pelo Autor

3.2.3 Terceira etapa: categorização dos estudos que contemplam os critérios de inclusão

A terceira etapa consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010), para tanto, foi elaborado um instrumento (APENDICE) para reunir e sintetizar as informações-chave. Foram registradas e analisadas as informações que caracterizam a publicação (ano de publicação e base de dados indexada), a metodologia utilizada na pesquisa (tipo de estudo, objeto da investigação, amostra, local de realização) e as temáticas assistenciais na violência obstétrica.

3.2.4 Quarta etapa: avaliação dos estudos incluídos

Na avaliação dos estudos incluídos, realizou-se a análise dos dados organizados. Os dados sobre as características da publicação e da metodologia utilizada nas pesquisas foram abordados mediante análise estatística descritiva simples, com cálculo da frequência relativa e absoluta das variáveis em estudo. Para os resultados sobre as temáticas dos estudos, foi feita uma abordagem qualitativa, com identificação dos temas envolvidos e elaboração de categorias.

3.2.5 Quinta etapa: interpretação dos resultados

Discutiu-se os resultados evidenciados mediante a comparação com os fundamentos e conhecimentos teóricos disponíveis e pertinentes, relacionados às políticas nacionais instituídas pelo ministério da saúde e literatura científica atual e disponível, assim como identificou-se as conclusões e implicações para a prática da enfermagem.

3.2.6 Sexta etapa: apresentação da revisão

A apresentação da revisão, sexta etapa do estudo, permite ao seu final a compilação e divulgação dos resultados da pesquisa, pois consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo revisor e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Os resultados quantitativos encontrados foram organizados e apresentados em tabelas e quadros, na seção *Características metodológicas dos estudos selecionados*. Já a compilação dos resultados acerca das temáticas abordadas pelas pesquisas constituiu as seguintes categorias temáticas, definidas em acordo com seu foco: (1) *Violência obstétrica*; (2) *Humanização no parto*; (3) *Atuação da Enfermagem*.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento bibliográfico resultou na seleção de 12 artigos, apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Amostra de artigos selecionados para o estudo.

AUTORES	TÍTULO	PERÍODICO
01.SENA, TESSER, 2017.	Violência obstétrica no Brasil o ciberativismo de mulheres mães:relato de duas experiências.	Interface – Comunicação Saúde Educação.
02. ZANARDO, <i>et al.</i> , 2017.	Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa	Psicologia & Sociedade.
03. BARBOSA, <i>et al.</i> , 2017.	Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas.	Avances en enfermería.
04. PEREIRA, <i>et al.</i> , 2016.	Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana.	Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR.
05. ALVARENGA, KALIL, 2016.	Violência obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira.	Revista da Universidade Vale do Rio Verde.
06. RODRIGUES, <i>et al.</i> , 2015.	A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.
07. TESSER, <i>et al.</i> , 2015.	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.
08. ANDRADE, AGGIO, 2014.	Violência obstétrica: a dor que cala.	Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas.
09. SILVA, <i>et al.</i> , 2014.	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,
10. MUNIZ, BARBOSA, 2012.	Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?	Memórias Convención Internacional de Salud Pública.
11. PASCHE, <i>et al.</i> , 2010.	Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado.	Revista Tempus Actas Saúde Coletiva.
12. DINIZ, 2005.	Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.	Ciência & Saúde Coletiva.

Fonte: Elaborado pelo Autor

4.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica já fez parte da realidade de grande parte das parturientes do Brasil. Lamentavelmente, 25% das mulheres que tiveram filhos pelas vias naturais na rede pública e privada sofreram violência obstétrica no país, de acordo com uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo. Mesmo que a pesquisa se restringiu ao parto normal, a violência também pode acontecer em uma cesárea (ALVARENGA, KALIL, 2016).

Conforme uma mestre docente da disciplina sexualidade e reprodução Humana, da faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso, Neuma Zamarino (2006):

“No século XIX a vivência do parto e tudo o que nele ocorria era aceito pelas mulheres como uma fatalidade, algo do qual não se podia fugir. Era uma vivência privada da mulher que paria com o apoio de outras mulheres, que faziam todos os esforços para que a parturiente tivesse o maior conforto possível durante o evento. Havia uma cultura de solidariedade feminina profundamente associada ao processo de nascer, o que lhe conferia o status de ser esse um evento doméstico, onde a dor podia ser inevitável, mas o entorno era de apoio e compreensão”.

São exemplos de violência obstétrica a infusão intravenosa para acelerar o trabalho de parto (ocitocina sintética), a pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), o uso rotineiro de lavagem intestinal, retirada dos pelos pubianos (tricotomia) e exame de toque frequente para verificar a dilatação. Como são comuns também os relatos de humilhações praticados por parte dos profissionais de saúde que dizem frases como “se você não parar de gritar, eu não vou mais te atender”, “na hora de fazer não gritou” e outras do gênero (ALVARENGA, KALIL, 2016).

A medicalização que faz parte do processo de trabalho de parto e parto vem retirando o protagonismo da mulher, no qual o profissional da saúde passa de coadjuvante a ator principal dessa experiência, evidenciando o aspecto patológico e biológico como se a gravidez fosse doença, e reforçando as relações desiguais, o que pode vir a contribuir para o grande número de intervenções irrelevantes, como consequência a violência obstétrica e de gênero (BRASIL, 2001).

Segundo Alvarenga e Kalil (2016), o desrespeito ocorre com a mulher que é agredida, privada de água e alimentação, a que tem sua vagina cortada como procedimento padrão sem avaliar a real necessidade, ou que é induzida a uma cirurgia sem necessidade, porém também com o bebê que muitas vezes é retirado por meio de uma cirurgia desnecessária, antes de estar pronto, o que aumenta várias vezes os riscos de morte, que é afastado da mãe e tem a

amamentação prejudicada; e como ocorre com o pai, que muitas vezes não pode ver o nascimento do filho e não pode participar desse momento familiar.

Conforme Andrade e Aggio (2014), grande parte das mulheres refere ter recebido carinho, atenção, compreensão e apoio da equipe durante o parto, ensinamento quanto à força na hora certa, existindo queixas sobre a postura dos pediatras de não fornecer informações quanto ao estado clínico de seus bebês, principalmente quando os bebês eram prematuros e levados à UTI, onde também não foi permitida sua participação nos cuidados gerais do menor. Porém, merece destaque a narrativa de uma delas sobre os xingamentos, gritos, estupidez, brutalidade, baixa intolerância e compreensão do obstetra para com a mulher durante o parto, omitindo-lhe informações sobre seu estado geral e desrespeitando seu limiar à dor da contração, deixando-a ofendida, desvalorizada, desrespeitada, descontente e traumatizada com o parto normal.

A respeito das práticas intervencionista a que foram submetidas, a nenhuma mulher foi solicitado os consentimentos ou fornecido explicação quanto a indicação da técnica, caracterizando a violência obstétrica, mesmo que calada e resignada, além de ferir o princípio do Programa de Humanização no Pré -Natal e Nascimento, no qual se refere a humanização, segurança, dignidade e qualidade da assistência. Este tipo de violência é reproduzida por meio da hierarquia e dominação do saber médico sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos (ANDRADE, AGGIO, 2014).

Porém, também se pode pensar como violência obstétrica a mulher ser privada da escolha da via de parto, pois culturalmente as mulheres são levadas a pensar que o parto normal é sempre a melhor escolha para ela e seu bebê. Entretanto, não são informadas de forma adequada sobre as vantagens e desvantagens tanto do parto normal quanto do parto cesárea.

Apesar disso, pesquisas mostram que a maioria das mulheres que realizam cesáreas não participam do processo de decisão de qual procedimento será utilizado, e ainda afirmam ter preferência pelo parto normal. São muitas as queixas relatadas sobre os efeitos desse procedimento cirúrgico e sua inadequada realização, e esse fato o torna uma violência contra as mulheres quando os recém-nascidos são afastados de suas mães após o procedimento, impossibilitando o estabelecimento de um vínculo mãe-filho após o parto, além de que a anestesia é insuficiente em alguns casos, o que torna o processo em algo traumático para a mulher. Vale ressaltar que a existência de outras complicações que podem levar a morte tanto da mulher quanto da criança (PEREIRA, *et al*, 2016).

Conforme Alvarenga e Kalil (2016), uma violência obstétrica pouco abordada nos artigos pesquisados foi a impossibilidade de a mulher escolher sua via de parto. O Brasil é o líder mundial no número de cesáreas com 52% dos partos sendo realizados por essa via, na rede privada, o índice sobe para 83%, chegando a mais de 90% em algumas maternidades. Números que são resultado da falta de informação transmitida à mulher ainda no seu pré-natal.

No entanto, apesar do grande número de ocorrências de desrespeito a mulher no momento do trabalho de parto, ainda não há no Brasil uma legislação para a violência obstétrica, e isso dificulta muito os processos. É relevante perceber que, mesmo não existindo na lei brasileira a definição exata da violência obstétrica, a proteção legal contra o fato violento existe e deve ser procurada pela mulher que entende ter sofrido essa violência no período perinatal (ALVARENGA, KALIL, 2016).

4.2 HUMANIZAÇÃO NO PARTO

Como sabemos para ser considerado um atendimento humanizado à essa mulher em período reprodutivo é necessário identificar a sua individualidade, é função perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento, de forma a reconhecer que o seu contexto cultural, histórico e antropológico, determinam as formas de conhecimento e ação no processo saúde doença.

O conceito de atenção humanizada durante a gestação compõe conhecimentos, práticas e atitudes que têm em vista assegurar o parto e nascimento saudáveis, levando em consideração a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001). Logo, exprime a necessidade de modificações no entendimento do parto, como experiência humana e, para aquele que presta o atendimento, uma transformação em como agir no momento oportuno diante do sofrimento do outro (DINIZ, 2001).

4.3 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Quando se observa a magnitude e a complexidade da violência obstétrica no Brasil, são indicados dois tipos de ações de prevenção quaternária: ações individuais, familiares e comunitárias realizadas na Atenção Primária à Saúde, associadas ao pré-natal; e ações em maior escala (social, política e institucional). Ainda que haja elevada cobertura de pré-natal (98,7%) no Brasil, apenas 40% das mulheres afirmam ter recebido orientações sobre práticas benéficas para o trabalho de parto, sendo maiores as orientações sobre gravidade e sinais de risco. É relevante mudar essa visão e instrumentalizar os profissionais para que oriente as gestantes e

famílias quanto aos benefícios do parto natural e às possíveis complicações de intervenções questionáveis a fim de contribuir para o empoderamento das mulheres e suas famílias e para que elas possam exigir um atendimento obstétrico seguro e digno. Assim, enfrentar a violência obstétrica exige que os profissionais de saúde assumam uma responsabilidade para além das rotinas de pré-natal e do entendimento biomédico da gestação e parturição (TESSER, *et al*, 2015).

Ainda de acordo com Silva e seus colaboradores (2014), o trabalho do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de baixo risco ou de risco habitual pode ser uma medida capaz de diminuir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, oferecendo um cuidado mais integral à mulher e sua família. Por meio da Portaria do Ministério da Saúde no 2815/98, de 29 de maio de 1998, o Ministério da Saúde incluiu na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o procedimento “parto sem distócia” ou parto normal, realizado pelo enfermeiro obstétrico, assegurando sua autonomia no cuidado obstétrico.

A parturição pode ser identificada pela mulher como angustiante, visto que, a partir do momento em que é internada na maternidade, ela passa a não ter controle da situação, tudo se torna imprevisível e não familiar. A mulher solicita a compreensão dos profissionais de saúde que estão ao seu redor, em geral a sua aproximação é com o enfermeiro (SILVA, *et al*, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vivência da violência obstétrica durante o ciclo gravídico puerperal gera repercussões multidimensionais na gestante, em seus familiares próximos, principalmente no seu companheiro. Tais repercussões inserem-se em diversos domínios ou esferas de conhecimento da enfermagem, ou seja, demandam ações de enfermagem que perpassam desde a esfera da promoção da saúde, até as necessidades de enfrentamento, segurança, conforto, entre outras.

Logo, faz-se necessário mudanças no modelo da assistência obstétrica, na grade curricular durante a formação dos profissionais técnicos em Obstetrícia, principalmente à categoria da Enfermagem Obstétrica, para diferenciação da formação médica tradicionalista, fato que vem mostrando mudanças na assistência quando um enfermeiro obstetra acompanha o parto.

Nota-se um cuidado do governo, pois o Ministério da Saúde por meio da sua área técnica em Saúde da Mulher em parceria com o Ministério da Educação e Ciência vem motivando por meio de financiamento as instituições de Ensino Superior para formação de enfermeiros obstétricos, tanto na modalidade especialização lato sensu quanto na modalidade residência, enxergando, sendo assim, um salto de qualidade na assistência a mulher no processo de gravidez, parto e puerpério assim como no aumento do eventual de profissionais alinhados à rede-cegonha.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, S.P; KALIL, J.H. Violência obstétrica: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 1, 2016.
- ANDRADE, B.P.; AGGIO, C.M. **Violência obstétrica: a dor que cala**. Londrina: [s.n.], 2014.
- BARBOSA, L.de C; FABBRO, M.R.C; MACHADO, G.P.dos R. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. **Avances en enfermería**, São Carlos, v. 2, 2017.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 28. ed. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROSO, M.G.T.; SOUZA, L.J.E.X.; FROTA, M.A. Etnografia e enfermagem: uma experiência da pós-graduação em enfermagem – UFC. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 2, n. 2, p.15-24, 2001.
- BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis**. Bethesda, Maryland: USAID-TRAction Project, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/Ministério da Saúde**, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60p.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Impacto da violência na saúde da criança e do adolescente**. Brasília, DF, 2010 (a).
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466 de 12 de Dez/2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2013(c).
- COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, ‘Convenção Belém do Pará’**. São Paulo: KMG, 1996.
- CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R.A concretização de políticas públicas em direção a prevenção da violência estrutural. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999.
- DESLANDES, F.S. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

- DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos:** possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 165f. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 2, 2005.
- DINIZ, C.S.G; CHACHAM, A.S. **O “corte por cima” e o “corte por baixo”:** o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. São Paulo: [s.n.], 2006
- GONÇALVES, R; AGUIAR, A.C; MERIGH, B.A.M; JESUS, P.M.C. Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n.1, p. 62-70, 2011.
- JUÁREZ, D. **Violencia sobre las mujeres:** herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012
- LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA. **Gaceta Oficial 38.647**. Disponível em: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2019.
- LEAL, S.Y.P; LIMA, V.L.de A; SILVA, A.F; SOARES, P.D.F.L; SANTANA, L.R; PEREIRA, A. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. **Cogitare Enfermagem**, Salvador, v. 2, 2018.
- LISBOA, C.; EBERT, G. Violência na Escola. In: HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H. **Violência contra crianças e adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 280.
- MACEDO, R.M.A.; BOMFIM, M.C.A. Violências na escola. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 9, n. 28, set./dez, 2009, p. 605-618.
- MINAYO, M.C.de S. *et al.* A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, p.1259-1267, 2007.
- MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.
- MINAYO, M.C.de S.; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- MINAYO, M.C.de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n. 3, p. 621-6, 2012.
- MUNIZ, B.M.de V; BARBOSA, R.M. Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência?. **Memorias Convención Internacional de Salud Pública**, Cuba, v. 2, 2012.
- PASCHE, D.F.; VILELA, M.E.A.; MARTINS, C.P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v. 2, 2010

PEREIRA, J.S; SILVA, J.C.de O.;BORGES, N.A;RIBEIRO, M.de M.G; AUAREK, L.J; SOUZA, J.H.K de. Violência obstétrica: ofensa à dignidade humana.**Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 2, 2016.

PESSINI, L. Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde. In: _____. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004. p. 12-30.

POPE, C; MAYS, N. Métodos observacionais. In: _____. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.45-55.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 1, 2009.

RODRIGUES, D.P; ALVES, V.H; PENNA, L.H.G; PEREIRA, A.V; BRANCO, M.B.L.R; SILVA, L.da S. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, 2015.

SANFELICE, C.; ABBUD, F.; PREGNOLATTO, O.; SILVA, M.; SHIMO, A. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, v. 2, 2014.

SENA, L.M; TESSER, C.D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Santa Catarina, v. 2, 2017.

SILVA, M. **Texto base para a Conferência Nacional de Saúde Mental produzido pela Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT)**. Brasília, 2010. Disponível em: <<https://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/violenciamartasilva.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2019.

SILVA, M. G. da; MARCELINO, M.C; RODRIGUES, L.S.P; TORO, R.C; SHIMO, A.K.K. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 2, 2014.

SOUSA, L.B; BARROSO, M.G.T. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Esc Anna Nery RevEnferm.**, v.12, n. 1, p.150-5, 2008.

SOUZA, T.G; GAÍVA, M.A.M; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n.3, p.479-86, 2011.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de família e comunidade**, São Paulo, v. 3, 2014.

VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. **Pesquisa mulheres brasileiras nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial da Saúde: trabalhando juntos** pela saúde. Genebra: OMS, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Care in normal birth: a practical guide: Report of a technical working group.** Geneva: WHO, 1996.

ZANARDO, G.L. de P.; URIBE, M.C.; NADAL, A.H.R. de ; HABIGZANG, L.F.. Violência obstétrica no brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 2, 2017.