



Em **S**ociedade

Da tecnocracia ao protagonismo da mulher no cenário da parturição

*Wânia Maria de Araújo¹
Mônica das Graças de Azevedo²*

¹ Graduação em Serviço Social (1987/Pucminas), graduação em Ciências Sociais (1990/UFMG), Mestrado em Ciências Sociais (2004/Pucminas) e Doutorado em Ciências Sociais (2010/Pucminas). Professora da Escola de Design | Universidade do estado de Minas Gerais (desde 1997 até o presente momento), professora do Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário una (desde 2012 até o presente momento). | waniamariaaraujo@gmail.com

² Mestre em gestão social, educação e desenvolvimento local (UNA); enfermeira, especializada em obstetrícia pela UFMG, ORCID: 0000-0001-6717-007x.

Contato: ilymonic@yahoo.com.br / 986061547



Resumo

Este artigo tem como objetivo abordar a violência obstétrica no cenário atual da parturição e as relações de poder que a perpassam. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado no ano de 2016, por meio de entrevistas abertas a médicos e enfermeiros obstetras que atuam em serviços de obstetrícia em Belo Horizonte e região metropolitana. Percebe-se a dificuldade de alguns médicos em lidar com o protagonismo das mulheres; as dificuldades de inserção do enfermeiro obstetra na equipe de atenção ao parto e a proposta do modelo colaborativo e humanizado de assistência ao parto, centrado na mulher, como uma forma de enfrentamento da violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Pessoal de saúde. Dialogicidade. Protagonismo. Comportamento cooperativo.

Abstract

This article aims to address obstetric violence in the current scenario of parturition and the power relations that permeate it. This is a qualitative, descriptive study conducted in 2016, through open interviews with a list of issues with physicians and obstetrician nurses who work in obstetrics services in Belo Horizonte and metropolitan region. It is noticed the difficulty of some doctors in dealing with the protagonism of women, the difficulties of insertion of the obstetrician nurse in the delivery care team and the proposal of the collaborative and humanized model of childbirth care, centered on the woman, as a way of coping with obstetric violence.

Keywords: Violence against women. Health personnel. Dialogicity. Protagonism. Cooperative behavior



1 INTRODUÇÃO

Apesar de ser uma terminologia nova, o assunto violência no parto já tem registro mundial desde a década de 1950 nos Estados Unidos quando uma revista local “*Ladies Home Journal*”, publicou a matéria “Crueldade nas Maternidades”, descrevendo como tortura a assistência que as mulheres recebiam durante o parto denominado como sono crepuscular, uma combinação de morfina e escopolamina, que produzia uma sedação profunda, às vezes acompanhada de agitação psicomotora e alucinações. As mulheres eram algemadas e amarradas nos pés e nas mãos para não caírem do leito durante o parto. Muitas puérperas apresentavam hematomas pelo corpo, lesões nos pulsos e na vagina decorrente do uso de fórceps utilizados de rotina para a saída do bebê visto que estavam desacordadas. Teóricas feministas denunciaram ao mundo através de matérias como “*Ourbodies, Ourselves*” e livros, os maus tratos recebidos nas instituições hospitalares durante a parturição (DINIZ *et al*, 2015).

No Brasil a violência institucional obstétrica tem sido declarada pelos movimentos feministas desde 1980, quando o Grupo Ceres (grupo de feministas) realizou uma etnografia intitulada “Espelho de Vênus”, que abordou dentre outros temas a experiência feminina vivenciada com violência no parto institucionalizado. Em 1984 foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher² (PAISM) que descreveu práticas de violência durante o parto, mas que acabaram sendo negligenciadas devido à resistência dos profissionais de saúde e da preocupação das políticas públicas em garantir acesso integral de todas as mulheres aos serviços de saúde (BRASIL, 1984).

A discussão sobre a violência no parto teve início no Brasil no período compreendido entre os anos 1980 e 1990. Em 2000 foi criada a política nacional de Humanização do parto com a REHUNA – Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento – para que mulheres tomassem conhecimento sobre a violência baseada em condutas de maus tratos e práticas sem evidências científicas que eram realizadas já sem

² O PAISM foi instituído pelo Ministério da Saúde do Brasil em 1984 no contexto da redemocratização do país/ Conferência de Alma-Ata (1978) e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista, e incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 1984).



necessidade sendo rapidamente divulgadas na mídia (ANDRADE et al., 2016; SENA; TESSER, 2017).

Atualmente presencia-se a invisibilidade da violência devido a vários fatores, dentre eles:

- a banalização dos serviços de saúde pautada em estereótipos de classe e gênero, que são percebidas como “brincadeiras”, sendo muitas vezes até esperadas pela própria paciente;
- o desconhecimento pelos profissionais de saúde das práticas baseadas em evidência que são comprovadamente desnecessárias, mas ainda realizadas como rotinas nas maternidades;
- as dificuldades dos usuários em denunciar os profissionais que os atenderam durante o ciclo gravídico puerperal, já que muitas mulheres sentem-se aliviadas e ainda sim agradecidas após o nascimento de um bebê saudável compensando assim todo sofrimento e maus tratos recebidos durante a assistência;
- o desconhecimento de práticas comprovadamente maléficas à assistência ao trabalho de parto e parto, fazendo com que a mulher pense que é normal, por exemplo, parir na posição de litotomia, realizar episiotomia para dar passagem ao bebê, ou pelo receio de alargar a sua vagina, realizar parto cesariano com medo de maus tratos e desconhecimento da analgesia já recomendada no momento do trabalho de parto e parto como método farmacológico de alívio da dor, assim como métodos não farmacológicos de alívio da dor, ambos deveriam ser oferecidos e esclarecidos pela equipe de saúde à paciente.

Tais práticas/intervenções muitas vezes são vistas como procedimentos “normais” e até comuns em muitas maternidades. Diante deste cenário, é necessário que mais estudos abordem a temática da violência obstétrica, assim como também é imprescindível que os profissionais tenham mais rigor nas anotações das intervenções realizadas nos prontuários (PEREIRA; DOMINGUEZ; TORO, 2015; ANDRADE et al., 2016; SOUZA; VALENTE, 2016; SENA; TESSER, 2017).



A violência obstétrica não é realizada apenas pelo médico, mas por qualquer profissional de saúde que atue no cenário do parto e nascimento. O médico obstetra, como médico especialista, tem sim a responsabilidade de exercer sua prática profissional aplicando conceitos atualizados, científicos, humanizados e éticos, devendo colocar em prática os aspectos preventivos necessários para se evitar a violência obstétrica assim como todos os integrantes da equipe de saúde (PEREIRA; DOMINGUEZ; TORO, 2015).

O bem comum seria chegar a um entendimento das práticas profissionais que não trouxessem em si nenhum tipo de violência obstétrica, que fossem humanizadas e baseadas em evidências científicas. Mas para isso, é necessário a escuta dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros obstetras que se encontram na linha de frente dos cuidados diretos, visto que as decisões na assistência obstétrica são conduzidas por tais profissionais o que, em parte, justifica a relevância deste estudo para subsidiar a mudança de uma prática que os próprios profissionais podem não reconhecer.

Este trabalho tem como objetivo abordar a violência obstétrica no cenário atual da parturição, as relações de poder que contribuem para que ela ocorra, além de fornecer subsídios, para que estratégias de enfrentamento sejam pensadas junto às equipes profissionais, a partir de suas práticas profissionais.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Os dados aqui apresentados são relativos à dissertação “Violência Obstétrica: percepção de médicos e enfermeiros sobre suas práticas profissionais”. Nesta pesquisa qualitativa, os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com médicos e enfermeiros que atuam na área da obstetrícia. Por se tratar de um tema muito sensível, a pesquisa não foi vinculada a nenhuma Instituição de saúde o que contribuiu para a adesão dos participantes devido à diminuição do risco de constrangimento do profissional entrevistado, que foi convidado por um profissional que já havia participado, por livre e espontânea vontade, dessa pesquisa. Os profissionais que participaram desta pesquisa consideravam que representava uma oportunidade de serem ouvidos sobre o tema proposto. Eles foram recrutados por meio de amostragem em cadeia (snowball sampling).



Segundo Vinuto (2014), o tipo de amostragem nomeado como bola de neve (snowball sampling) é uma forma de amostra não probabilística, que utiliza cadeias de referência, consequentemente, um sujeito selecionado pelo pesquisador indica um ou mais sujeitos para integrar a amostra e assim por diante. Desta forma, não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas é muito proveitoso quando se quer estudar grupos específicos, altamente especializados e difíceis de serem acessados ou estudados.

Essas dificuldades são encontradas nos mais variados tipos de população, mas em especial nos três tipos que seguem: as que contêm poucos membros e que estão espalhados por uma grande área; os estigmatizados e reclusos; e os membros de um grupo de elite que não se preocupam com a necessidade de dados do pesquisador. [...] a amostragem em bola de neve também pode ser utilizada quando a pergunta de pesquisa estiver relacionada a questões problemáticas para os entrevistados, já que os mesmos podem desejar não se vincular a tais questões (VINUTO, 2014: 204).

Os critérios de inclusão eram que os participantes fossem médicos obstetras (inclusive em residência) ou enfermeiros obstetras; que atuassem em serviços de obstetrícia como consultórios (pré-natal), maternidades (sala de parto ou bloco obstétrico, pré-parto, suítes de parto PPP (pré-parto, parto e pós-parto), casas de parto, parto domiciliar etc., no município de Belo Horizonte ou Região Metropolitana e tivessem mais de seis meses de graduados. Foram realizadas um total de quinze entrevistas sendo seis enfermeiros obstetras e nove médicos obstetras até a ocorrência de saturação teórica. Para garantia do anonimato dos participantes da pesquisa, eles foram identificados como med. para os médicos e enf. para os enfermeiros, ambos obstetras.

Quadro 1: Participantes da pesquisa

Categoria profissional	Sexo	Tempo de formação	Tempo de trabalho na assistência obstétrica	Atua em instituição pública ou particular
Enf 1	Masc	17 anos	7 anos	Pública / particular / docência
Enf 2	Masc	12 anos	10 anos	Pública
Enf 3	Fem	6 anos	2 anos	Pública/ gestão
Enf 4	Fem	7 anos	7 anos	Pública / docência
Enf 5	Fem	22 anos	6 anos	Pública / docência
Enf 6	Fem	7 anos	6 anos	Pública
Med 1	Fem	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses	Pública / particular
Med 2	Fem	25 anos	25 anos	Pública / docência
Med 3	Fem	6 meses	6 meses	Pública



Med 4	Fem	3 anos	3 anos	Pública
Med 5	Masc	10 anos	4 anos	Pública / particular / gestão
Med 6	Fem	16 anos	15 anos	Pública
Med 7	Masc	4 anos	3 anos	Pública/ particular / docência
Med 8	Fem	5 anos	5 anos	Pública
Med 9	Fem	8 anos	8 anos	Pública / particular / docência

Fonte: elaborado pelas autoras.

Dentre os sujeitos participantes da pesquisa, o tempo de atuação na assistência obstétrica variou de seis meses a vinte e cinco anos. Com relação aos enfermeiros obstetras, todos os seis atuam em maternidades públicas, e paralelo a esses serviços, um atua também em instituição privada, três trabalham também como docentes em instituições de ensino superior no curso de enfermagem, um em pré-natal e um encontra-se na gestão atualmente. Já os médicos obstetras, todos os nove entrevistados atuam em maternidades públicas, além de atuarem também: três médicos atendem em consultórios e hospitais particulares, três trabalham também como docentes em cursos de medicina e um encontra-se na gestão atualmente.

Levando-se em consideração os princípios éticos, é importante mencionar que foram obedecidos os termos das Resoluções 466/2012 e 504/2016. A coleta de dados teve início após aprovação do Comitê de Ética e os entrevistados foram convidados a participar das entrevistas por livre e espontânea vontade, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – e responderam apenas as questões que se sentiram a vontade.

2.2 MODELO TECNOCRÁTICO DE ASSISTÊNCIA AO PARTO

Se o „naturalismo“ nos aprisiona nos ditames inexoráveis de uma natureza imprevisível, a „tecnocracia“ também nos encarcera sob o domínio de uma tecnologia despersonalizante, coisificante e objetualizante, que se opõe às aspirações humanas de liberdade e autonomia (BRASIL, 2014, p.112).

Muitos serviços de saúde no Brasil permanecem com o modelo biomédico de assistência que teve início no início dos séculos XVI e XVII, marcados pelas visões mecanicistas de Newton e Descartes, a partir das quais o ser humano é visto e estudado de forma fragmentada para que possa ser medido e quantificado. De acordo com essa percepção, os aspectos não mensuráveis passaram a ter menor importância e, portanto, são considerados



menos relevantes para que se conheça o paciente. Assim, quando um paciente entra no serviço de saúde, o que aparece primeiro é o motivo que o levou ali e muitas vezes os aspectos psicossociais, que são também inerentes ao indivíduo, acabam esquecidos. No modelo humanista, que se contrapõe ao modelo biomédico, o paciente é considerado em seus aspectos biológicos, emocionais e afetivos e em suas relações com outras pessoas e com o meio em que vive. Os princípios bioéticos do respeito pelas pessoas/autonomia, da beneficência e da justiça são considerados fundamentais nesse modelo (BRASIL, 2014; LUZ; ASSIS; REZENDE, 2015).

Com as intervenções cada vez maiores em vários campos justificando uma cientificidade, a partir do século XX, a medicina autoritária passa a ser perigosa não pela ignorância, mas no próprio saber, que vão bem além das doenças e da demanda do doente (FOUCAULT, 2010).

Assim, as tecnologias e as intervenções devem estar submetidas às necessidades humanas e não o contrário. O que o feminismo reivindica é que a autoridade da decisão sobre as intervenções deve ser da mulher a partir de informações que lhe sejam oferecidas pelos profissionais que a assistem, ou seja, deve ser uma decisão informada (DINIZ et al., 2016).

A violência pode ser cometida por pessoas íntimas e estranhas, profissionais de saúde e instituições de assistência ao ciclo gravídico puerperal e é expressa pela negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, psicológica assim como o uso inadequado de tecnologias e a adoção de procedimentos desde a gestação ao puerpério sem o consentimento explícito e informado da gestante/parturiente, ferindo os princípios dos direitos individuais da mulher e podendo contribuir para complicações ou efeitos indesejáveis ao binômio mãe-filho (VENTURI; GODINHO, 2013; PEREIRA; DOMINGUEZ; TORO, 2015; ANDRADE et al., 2016).

A própria gestante, parturiente e puérpera é referida dentro dos serviços de saúde como “paciente” dando a conotação de alguém que está doente e precisa de tratamento.

Se por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde. Como consequência, as mulheres e recém-nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, aspiração naso-faríngea, além de outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa apenas em situações de necessidade, são rotineiras e atingem quase a totalidade das mulheres e seus filhos



ou filhas que são assistidos em hospitais no país. Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer (BRASIL, 2016 a, p. 17).

As mulheres têm o direito de tomar as decisões relativas aos seus trabalhos de parto e parto junto com a equipe de saúde, obtendo informações livres de coerção ou tendências ao tipo de parto ou procedimentos que os profissionais desejam realizar. O parto não é um evento médico que requer múltiplas intervenções, mas sim um processo fisiológico, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 70% dos casos, não necessita de intervenções (PEREIRA; DOMINGUEZ; TORO, 2015; ANDRADE et al., 2016).

Em agosto de 2010 foi realizado no Brasil um estudo pioneiro de abrangência nacional por meio de uma parceria entre a Fundação Perseu Abramo e o SESC intitulado “*Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*”. Este estudo destacou, entre outros dados, que 25% das mulheres que tiveram seus partos realizados em instituições pública ou privada, foram vítimas de violência institucional obstétrica (VENTURI; GODINHO, 2013; PALHARINI, 2017).

A pesquisa Nacer no Brasil³ indicou que a frequência das intervenções obstétricas é alta em parturientes com risco considerado habitual, ou seja, mulheres com risco reduzido de complicações durante a gestação e o parto, demonstrando que as intervenções foram, na maioria das vezes, desnecessárias e realizadas de forma rotineira sem levar em consideração as características clínicas, nem as evidências científicas (LEAL et al., 2014).

A violência obstétrica é um tipo de violência que afeta a saúde reprodutiva e que está frequentemente presente na assistência dos serviços públicos e privados. Tal violência se configura como um produto de sociedades patriarcais, onde a legitimação de procedimentos

³ Nacer no Brasil é uma pesquisa nacional realizada pelo Ministério da Saúde, coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), visando estudar o parto e o nascimento no Brasil. O estudo contemplou 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, sendo representativo dos nascimentos hospitalares neste universo onde ocorrem 83% dos partos do país. Foram visitados 191 municípios e 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012. Os resultados foram apresentados em 14 artigos originais publicados num suplemento especial, no Caderno de Saúde Pública, volume 30, suplemento 1, em 2014 (Leal & Gama, 2014). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso



como a apropriação do corpo da mulher, assim como a desumanização e a patologização do nascimento encontram-se “naturalizados” (POZZIO, 2016).

Diante da presença da violência obstétrica no cenário da parturição, é importante discutir também a relação de poder entre os profissionais de saúde e a mulher. Uma característica essencial da violência contra as mulheres é que seus efeitos têm uma relação intrínseca com a desigualdade estrutural de gênero na sociedade brasileira, muitas vezes mantendo a mulher na posição de subordinação e desvalorização. As relações de poder entre os profissionais de saúde e as mulheres dentro das maternidades refletem a dominação hegemônica que é paralela à posição social de dominação dos homens. Os profissionais muitas vezes usam de várias estratégias, incluindo a violência física, para manter o controle e punir a desobediência percebida. Por se sentirem vulneráveis no momento da parturição, as pacientes acabam aceitando o poder dos profissionais principalmente quando não têm os acompanhantes junto delas. Muitos profissionais que demonstram comportamentos mais hostis durante a assistência sentem-se desvalorizados, com baixas remunerações e, quando são mulheres, podem sofrer algum tipo de violência em casa também (JEWKES; KEKANA, 2015; GARCIA, 2016; POZZIO, 2016).

Em suas práticas, os profissionais de saúde demonstram desconhecimento sobre o que dispõem as Portarias do Ministério da Saúde nº 1.067(2005) e nº 1.820(2009) que contêm os princípios, diretrizes e referências para o atendimento à saúde da mulher em seus processos reprodutivos e do recém-nascido, bem como os direitos e deveres dos usuários da saúde. Do ponto de vista normativo, ambas dão conta de todos os aspectos que envolvem o atendimento humanizado, complementadas pela Resolução RDC-Anvisa nº 36(2008) que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (KONDO; WERNER, 2013).

2.3 A HEGEMONIA MÉDICA X PROTAGONISMO DA MULHER

Os médicos são ainda colocados como os maiores responsáveis pela condução do trabalho de parto e parto na sociedade atual, e sobre eles recaem a maior parte das queixas de violência obstétrica, visto que muitos ainda apresentam resistência quanto à utilização das práticas baseadas em evidências científicas recomendadas pela OMS desde 1986, sintetizadas



e corroboradas pelo Ministério de Saúde do Brasil em 2016 (PEREIRA; DOMINGUEZ; TORO, 2015; ANDRADE et al., 2016).

Os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros obstetras participantes da pesquisa reafirmam a dinâmica do plantão como argumento para justificar práticas nas suas vivências profissionais. O plantão configura-se como um momento da prática voltado à resolução dos partos rápidos e apresenta-se como contrário ao processo de singularidade da humanização. Percebe-se o quanto o modelo tecnocrático é destacado entre os profissionais como o modelo vigente.

Muitas vezes eu acho que acaba que fica corrido igual quando tem muito volume a gente quer que muitas vezes um parto aconteça muito rápido porque você tem várias outras pacientes para olhar lá dentro e acaba que você deixa, perde um pouco a humanização daquele parto em prol de cuidar das outras pacientes. Eu às vezes eu sinto falta de quando eu estou prestando assistência no parto de dedicar exclusivamente aquele parto. Muitas vezes a gente fica indo e voltando porque tem que olhar as outras pacientes e não fica lá com a paciente explicando todo o processo do parto. Deixa ela sem assistência algum tempo, vai ver outra e eu sinto falta disso (med 01).

Acho que hoje em dia ocorre violência obstétrica por intolerância mesmo, por você achar que você sabe mais, que você é superior, que você vai decidir e resolver tudo sozinho. Acho que é muito por isso (med 08).

A gente ainda reproduz muito o modelo de assistência focado no médico e não foca na paciente como sujeito desse processo de parturição, é muito mais a equipe e a Instituição e menos a mulher vejo que elas ainda são muito violentadas, discriminadas e reprimidas durante o trabalho de parto e a vontade da mulher não existe. O que existe é a vontade dos profissionais que estão acompanhando o trabalho de parto. Principalmente nas Instituições que eu trabalhei e trabalho atualmente que tem o modelo de atenção centrado na assistência do médico e o profissional continua conduzindo da forma que ele acha melhor. A paciente não vejo que ela seja escutada acolhida e ouvida raros pouquíssimas situações, mas de uma forma geral é assim (enf 04).

O cenário atual do parto em minha opinião é um local de extremo poder médico, onde o enfermeiro obstetra dependendo do serviço ele atua parcialmente ou não atua, que não está dentro do que eu acredito que deveria estar para a melhoria da qualidade da assistência materna e neonatal (enf 05).

Quando questionados sobre quem seria o responsável pelas decisões na condução do trabalho de parto e parto, todos os profissionais responderam que era o médico, mesmo em alguns hospitais que trabalham em modelo colaborativo da assistência – médico e enfermeiro obstetra atuando no mesmo plantão. Isso tem relação com a formação dos profissionais da medicina que os coloca como pessoas detentoras do poder de decisão.



É uma questão histórica desde a medicalização dos partos que as mulheres começaram a ter seus partos em hospitais, os médicos, nós, decidimos e definimos a melhor forma do parto, ao ver pelo olhar médico, desde essas épocas (med 04).

Na instituição que eu trabalho, embora a gente discuta ainda os casos, mas a decisão final é do médico (enf 01).

Martin (2006) menciona uma analogia entre o corpo da mulher como sendo uma máquina/ trabalhadora, o parto como uma produção fabril, o bebê como um produto e o médico como um supervisor/mecânico dessa produção. Esta analogia remete a uma reflexão em torno das relações de poder presentes no parto: o médico exerce controle sobre o corpo da mulher que produz mais um “produto”, quando na verdade a tecnologia deveria favorecê-la em seu protagonismo. Nessa perspectiva, quem precisa trabalhar é o útero e não a mulher, e o útero passa a ser alvo de estudos e das intervenções necessárias para que produza o parto de certa maneira e a mulher acaba sendo objetificada nessa relação.

Lidar com o protagonismo da mulher no trabalho de parto gera na equipe médica um sentimento de perda de autonomia que muitas vezes vem acompanhado de angústia, medo, sofrimento por desconhecer como trabalhar dessa forma. Foucault (1976) nos traz essa referência da relação entre saber e poder:

Dentro deste universo, no qual poder e saber estão intimamente ligados, o que se frisa, portanto, é que “não há constituição de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua, ao mesmo tempo, relações de poder” (FOUCAULT, 1976 *apud* SILVEIRA; FURLAN, 2003, p. 175).

Até a forma de falar com a mulher e ser compreendido é desafiadora. Alguns médicos alegam que não aprendem „isso“ durante a graduação e realmente são treinados para tomar decisões em prol da vida da mulher e do bebê. O sistema de formação precisa ser completamente reestruturado na visão desse profissional, para que a mulher tenha o papel central. Necessário se faz discutir sobre protagonismo e respeito aos direitos da mulher. Capacitar o médico apenas para processos de intervenções limita a visão de que à mulher é reservado o papel mais importante e ao profissional cabe literalmente assistir e intervir apenas quando necessário, de acordo com conhecimento baseado em evidências.

Mesmo sabendo das dores que a gente passa da perda da autonomia, de algumas coisas. Na verdade nós é quem estamos sofrendo a violência por causa de alguns colegas obstetras os outros estão sendo condenados e então isso está deixando a



obstetrícia, os médicos tristes. [...] então sou da época que era também 8 ou 80 mas pro lado assim mais médico mesmo né, não existia enfermagem intervindo, era tricotomia em todo mundo, clister em todo o mundo. Já vinha até na receita: tricotomia, enteroclisma, puxo, episiotomia em todo mundo (med 02).

[...] e tudo é problematizado, e ai alguém vai falar: „não mas não foi você quem fez o parto“. Isso incomoda, isso dói, mas em uma proporção que está todo esse modelo em que acreditávamos e que fomos treinados para participar, ele está sendo desconstruído também (med 04).

Então o médico perdeu agora o brilho da assistência, ele não existe mais, ele pode estar ali na retaguarda, mas quando deu certo são os outros profissionais que tem outra qualificação que são os beneficiados do ponto de vista da mídia e não o médico. Infelizmente! [...] Então pra mim violência obstétrica é violência contra o obstetra, porque tudo isso que se fala da gente é calúnia e difamação. Isso é uma violência. [...] (med 06).

[...] está muito em evidência esse „eu posso, você tem que fazer o que eu quero porque senão eu te processo“, que acaba que a equipe fica acuada, com medo porque não pode fazer nada porque se não a paciente vai te processar, é como se tivesse uma ameaça e eu acho que isso atrapalha a assistência, porque quando a gente tenta ajudar e a paciente vem com 4 pedras na mão, então a gente já não quer mais ajudar,[...] **a paciente acha que pode tudo e a paciente não pode nada.** [...] então eu acho que a mídia tem uma participação importante nisso, internet, TV, jornal, **todos os canais eles estão empoderando demais a mulher e tirando um pouco o papel de quem poderia fazer um trabalho de qualidade e ter um resultado final positivo para os dois.** [...] então assim a gente tá num contexto muito inflamado, complicado negativo que dá muito desânimo trabalhar desse jeito, **porque o médico oferece e às vezes ele até obriga em determinadas circunstâncias e se a paciente recusa, e acontece um evento adverso, a culpa é de quem quis ajudar** (med 09).

Percebe-se que o foco das respostas nessa categoria sobre hegemonia médica, reiteram o poder médico corroborando com o que diz a literatura. Palharini (2017) mostra em seu dossiê intitulado “Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil” que o discurso médico permanece ainda centrado dentro daquilo que ele acredita ser necessário para uma boa prática obstétrica, muitas vezes colocado pela categoria dentro dos preceitos da hegemonia médica para além da evidência científica e que quando a mulher decide algo contrário daquilo que ele pensa, ao invés de esclarecê-las dentro das evidências, as mulheres são orientadas a procurar por profissionais que corroborem com seus desejos durante o parto.

Pra mim é difícil. Porque eu não tenho nenhuma experiência com as pacientes que vem apresentando um plano de parto. Quando elas chegam eu já fico um pouco assustada. Sinceramente eu não sei. Elas chegam com plano de parto querendo tal coisa. Às vezes a gente não consegue seguir aquilo. Às vezes tem algumas coisas até fora da realidade. Ai já não tem uma relação boa. Eu acho que às vezes a paciente quer de um jeito e o jeito que ela quer não é o mais adequado. Eu tenho dificuldade nesse tipo de relação (med 03).



Bourdieu (1989) denominou como violência simbólica um tipo de violência que é silenciosa e muitas vezes pouco reconhecida, que não emprega força física, mas que provoca importante sofrimento. A violência obstétrica pode então se configurar como uma violência simbólica, sendo legitimada pelo poder médico e pelos fluxos assistenciais dos serviços sobre as mulheres quando o poder impõe sua visão do mundo social e distinção entre pessoas como legítima. Essa prática pode ser até mais agressiva, opressora, dominadora e complicada de encarar, pela sutileza com que se escondem no nível macroestrutural, no contexto institucional, nas relações sociais e nos significados simbólicos (BARBOZA; MOTA, 2016).

Bourdieu toma emprestada de Marx a idéia de que a realidade social é um conjunto de relações de força; e, de Weber, a noção de que a realidade social é também um conjunto de relações de sentido e que toda dominação social deve ser reconhecida, ser aceita como legítima e ganhar sentido. Legitimar um tipo de dominação é dar toda a força da razão ao interesse do mais forte. É a violência simbólica, onde o poder se impõe mediante significações. Conseqüentemente, impõe-se uma arbitrariedade cultural. Geram-se culturas dominantes e culturas dominadas (GALLICHIO, 2002 p. 75).

O plano de parto permite uma personalização da assistência, possibilitando que cada mulher tenha uma vivência única, que vai além das rotinas e protocolos hospitalares e que contribui para o seu protagonismo. Os profissionais de saúde devem usar de expertise e criatividade, adaptando o cuidado a cada nova situação e demanda, num trabalho de equipe, evitando assim a “coisificação” da mulher e a assistência como uma linha de produção de partos (RATTNER, 2009).

2.4 A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Quando comparados aos médicos, as evidências mostram que enfermeiros obstetras ou obstetrizes utilizam mais as boas práticas e tendem a ser menos intervencionistas, visto que os médicos obstetras possuem uma formação voltada para intervir mais em consonância com o objetivo inicial da institucionalização do parto que era reduzir os altos índices de mortalidade materna e neonatal (OMS, 1996; ANDRADE et al., 2016).

Porque o enfermeiro fala assim “Vamos ter paciência, calma” essas coisas a enfermagem obstétrica tem o dom. Nós não temos esse dom que a enfermagem tem



de escutar a paciente. Nós estamos preocupados assim “vai morrer, não vai” que aquela delicadeza que está no tratamento da mulher maravilhoso ele é conseguido com a ajuda da enfermagem obstétrica, não tem dúvida (med 02).

A competência e a autonomia da enfermeira para prestar assistência ao parto normal sem distócia foram conferidas pela Lei 7.498 de 25 de junho de 1986 do exercício da enfermagem, e reafirmadas pelo decreto 94.406/87 que, no Art. 9º, incumbe profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetrix ou Enfermeira Obstétrica de: 1) prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; 2) identificação das distócias obstétricas e tomada de providências, até a chegada do médico; 3) realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestésico local, quando necessário (BRASIL, 1987).

Este entendimento é reforçado nas Diretrizes para Parto Normal, Brasil (2016 a), pactuadas por atores sociais e pelas instâncias de regulamentação técnica, incluindo o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), a Associação Brasileira de Obstetrixes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), a Associação Médica Brasileira (AMB), que recomendam:

A assistência ao parto e nascimento de baixo risco que se mantenha dentro dos limites da normalidade pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira obstétrica e obstetrix. É recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a implementação do modelo de assistência que inclua a enfermeira obstétrica e obstetrix na assistência ao parto de baixo risco, por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres (Brasil, 2016 a, p. 29).

2.5 O MODELO COLABORATIVO DE ASSISTÊNCIA: É POSSÍVEL?

Em contrapartida, para o futuro, o modelo colaborativo já é colocado por alguns profissionais médicos e enfermeiros obstetras. Vislumbra-se uma ruptura do modelo tecnocrático para o humanista com vistas a enfatizar o protagonismo da paciente.

Mas já tem uma turminha jovem ai querendo trabalhar junto, já está acostumando. A medida que nós temos residentes já trabalhando com enfermeiros obstetras, isso já vai melhorar também, essa coisa da violência obstétrica (med 02).



Eu acho que estamos num processo de transição. Eu uso sempre a metáfora da dialética marxista do velho e do novo que vão se contrapondo e que um dia vão chegar a um conclusão e vão construir alguma coisa juntos (med 04)

Eu acho que está acontecendo uma mudança muito grande e importante na assistência. Na época em que eu era acadêmica, eu dou plantão na obstetrícia desde o 4º ano, desde essa época até hoje a mudança foi muito grande. Eu tive um modelo de formação na faculdade de inserir a enfermeira obstetra no contexto da assistência, do parto, da equipe multidisciplinar, quando entrei pra residência eu vi que no começo isso tinha uma resistência muito grande, mas que agora, de uns 3 anos pra cá tem mudado esse perfil. Então assim a equipe multidisciplinar, principalmente a enfermeira obstetra nesse contexto de assistência acho super importante e eu apoio muito isso dado as devidas proporções, eu acho que isso tem melhorado muito a assistência á mulher e ao conceito, então eu tenho visto essa mudança ao longo dos anos e acho que é positiva no sentido de melhorar a assistência, mas também negativa, como em todas as áreas nós temos profissionais que extrapolam o espaço de cada um, tanto o médico como o enfermeiro também. Agora as outras, como assistente social, psicologia, na assistência eu não vejo muito presente, até porque cada um tem seu papel (med 09).

O enfermeiro obstetra, presta uma assistência direta à paciente porque nós ficamos com ela no trabalho de parto, trans e pós-parto imediato diretamente, embora trabalhe numa instituição que seja hospital escola, atuamos junto com médico residente, contribuindo para sua formação, inclusive em alguns partos a própria equipe médica permite que assistamos o parto até o final visto que eu acompanhei integralmente essa mulher durante o trabalho de parto com qualidade. Acredito que o enfermeiro obstetra tem contribuído muito no cenário da parturição porque damos a liberdade de todas as escolhas que ela deseja (enf 01).

Todos os estudos que temos lido atualmente e que mostram benefícios na atenção obstétrica e neonatal trabalham no modelo colaborativo, que a gente vê ai chamando também de comunitário, entre médicos e enfermeiros obstetras na assistência à gestação, parto e nascimento. Quando lemos artigos ou protocolos de Instituições internacionais vemos o contrário do que tem aqui no Brasil que são modelos liderados por médicos e que na verdade queremos inserir outros profissionais para qualificar essa assistência, porque modelos liderados por médicos onde você tem aumento de taxa de cesarianas não tem melhorado os indicadores perinatais. Então é meio *paradoxo*, porque achamos aqui no Brasil que colocar apenas médicos na assistência ao parto, levar a mulher para dentro dos hospitais e fazer cesariana na grande maioria delas já resolveríamos os problemas dos indicadores perinatais, e vemos que é um paradoxo, porque fizemos tudo isso e não melhoramos os indicadores perinatais do Brasil. Então vemos em outros modelos de países desenvolvidos liderados por enfermeiros obstetras e que elas assumem o cuidado dessa assistência em gestações sem complicações e aquilo que elas vêem que é uma assistência que precisa de médicos elas que encaminham para o serviço médico. Então vemos uma inversão nossa aqui, que o médico admite a paciente e aquilo que ele acha que pode ficar para o enfermeiro obstetra ele transfere um pouco ou todo o cuidado para o enfermeiro obstetra (enf 02).

Para a diminuição da mortalidade materna, a OMS preconiza que a assistência ao parto seja realizada por profissionais capacitados, sendo eles os médicos, inclusive médicos da família, obstetras ou *midwives* (profissionais que se graduaram em obstetrícia, sendo ofertado o curso no Brasil apenas na USP leste, e que não pode atuar em Pronto Atendimento,



Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou qualquer outra área que não seja voltada à saúde da mulher, com enfoque direcionado à gestação, ao parto e pós-parto) e enfermeiras obstetras (profissionais que se graduaram em enfermagem e após a formação como enfermeiros se pós graduaram em obstetrícia, possuindo dessa forma formação generalista com base no ciclo vital e não somente com enfoque no ciclo gravídico puerperal). Em países como Holanda, Nova Zelândia e países Escandinavos, onde se observam menores taxas de cesariana, são observadas assistências menos intervencionistas com maior atuação das obstetras ou enfermeiras obstetras (OMS, 1996; PATAH; MALIK, 2011; BRASIL, 2016 a)

Os profissionais de enfermagem que atuam em serviços obstétricos têm suas atribuições regulamentadas pela Resolução COFEN nº 0516/2016 que normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; a resolução também estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências (BRASIL, 2016b).

Muitos profissionais não aceitam e poucos ainda discutem que o parto pertence à mulher. A estratégia para que ocorram as mudanças deve compreender melhor o porquê da não implementação de algumas boas práticas ou da permanência de intervenções sabidamente sem evidência. Assim torna-se fundamental escutar como os profissionais de saúde se sentem diante dessa transformação (SERRUYA, 2014).

A humanização do parto se estrutura num tripé que tem em uma de suas pontas o protagonismo restituído à mulher como premissa fundamental, através do empoderamento. Em outra base, a visão integrativa e interdisciplinar que considera o parto, além de um evento biológico, um evento humano valorizado igualmente em seus aspectos emocionais, fisiológicos, sociais, culturais e espirituais. Nessa humanização, as específicas necessidades da mulher devem ser atendidas, e isso deve ser abordado desde a formação dos profissionais de saúde. Finalmente, a prática de uma Medicina Baseada em Evidências que precisa fazer parte do cotidiano das práticas dos profissionais de saúde, deixando claro que o movimento de “Humanização do Nascimento” é fundamentado na razão e na pesquisa científica, e não em crenças religiosas, ideias místicas ou pressupostos fantasiosos (BRASIL, 2014).



Na tentativa de humanizar o parto e contribuir para a eliminação da violência obstétrica, é imprescindível que o tema humanização faça parte da formação dos profissionais de saúde, seja através da graduação, de cursos extracurriculares e residências. É preciso entender que o ser humano vai além do campo biológico no processo saúde/doença e que os aspectos emocionais e subjetivos precisam ser valorizados. Perceber o outro em sua integralidade, um dos princípios norteadores do SUS – Sistema Único de Saúde, é indicado como eixo norteador da formação dos profissionais de saúde. Para que se mudem os contextos de violência institucional deve-se trabalhar com a possibilidade de estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva na gestão dos serviços de saúde, objetivando a transformação da cultura institucional, fazendo um movimento contra a violência na área da saúde promovendo encontro de sujeitos. Assim, emergem aspectos que vão para além da relação interpessoal e, ao mesmo tempo, que reconhecem os profissionais também em sua subjetividade (CASATE; CORRÊA, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As percepções dos profissionais de saúde a respeito de suas práticas profissionais contribuem para a reflexão sobre estratégias de enfrentamento da violência obstétrica, visto que, na maioria das vezes, se constituem como práticas por eles realizadas. O médico e o enfermeiro obstetras estão diretamente envolvidos na assistência direta ao trabalho de parto e parto. Entender a violência obstétrica nos dias atuais requer retomar o cuidado ao parto na história.

Percebe-se que o modelo biomédico, tecnocrático centrado na figura do médico obstetra ainda é a realidade enfrentada no cenário atual da parturição. O enfermeiro obstetra, apontado pela OMS como um profissional elegível para acompanhamento de gestações, trabalho de parto e parto de risco habitual devido ao menor número de intervenções desnecessárias e favorecimento do protagonismo e das melhores práticas no cuidado materno infantil, muitas vezes é visto pelos profissionais médicos como ajudante, colaborador no trabalho de parto e parto e não como profissional autônomo com respaldo legal para tomadas de decisão. Os médicos relatam que como são eles que atuam nos casos de urgência, as decisões precisam permanecer com eles em todos os momentos, não havendo assim a compreensão de que realmente a formação médica é voltada para casos graves e que a atuação



do enfermeiro obstetra tem limites como a assistência ao risco habitual e às condutas até que sejam identificadas complicações ou distócias, devendo assim passar o caso para o profissional médico.

Os médicos se sentem incomodados com o termo violência obstétrica e o relacionam ao cuidado médico. Se sentem atacados pela mídia e pelo sistema judicial quando são mencionados casos de violência obstétrica, visto que se consideram os profissionais que têm toda a responsabilidade pelo parto. Demonstram ainda insegurança e desconhecimento em como lidar com essa nova proposta de assistência colaborativa tendo a mulher como protagonista e sobre o papel do enfermeiro obstetra no trabalho de parto e parto.

O modelo colaborativo e humanizado de assistência ao parto já é vislumbrado por alguns profissionais como uma estratégia de assistência multi e interdisciplinar ao parto, pois ao invés de disputar espaços, médicos e enfermeiros obstetras atuam juntos favorecendo o protagonismo da mulher o que pode contribuir significativamente no enfrentamento da violência obstétrica.

Esta pesquisa apresenta limites, visto que remete a visão de um grupo de profissionais que atuam na cidade de Belo Horizonte e região metropolitana, que representa um número pequeno de profissionais de saúde comparado à imensa diversidade de cenários no mundo todo, mas se propõe a oferecer subsídios para a reflexão de alguns nós e gargalos que precedem as mudanças estratégicas ao invés de medidas de confronto entre profissionais de saúde e mulheres no enfrentamento da violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha.; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3, 2014, Londrina. **Anais eletrônicos**. Londrina: UEL p. 1-7. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 20 dez 2014.

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento; SILVA, Jéssica Queiroz Pereira da; DINIZ, Cinthia Martins Menino; CAMINHA, Maria de Fátima Costa. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife. Pernambuco. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, n.16, 1: p. 29-37, jan-mar.



ARRUDA, Kelly Gonçalves Meira. **Violência contra a mulher no parto: um olhar sobre a pesquisa da rede cegonha**, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília.

BARBOZA, Luciana Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência Obstétrica: Vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/0>>. Acesso em 13 de outubro de 2016.

BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 36/2008** que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>>. Acesso em 15 de maio de 2015.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Decreto n 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em 15 de maio de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Cadernos Humaniza SUS; v.4, Universidade Estadual do Ceará. – Brasília. 465 p. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de Recomendação. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), Janeiro, 2016 a, 381 p, 2016 a. Disponível em: <<http://conitec.gov.br/diretriz-nacional-de-atencao-ao-parto-normal>>. Acesso em 15 de outubro de 2015.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 0516/2016** Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorra essa assistência; estabelece critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências, 2016 b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em 26 de mar. 2017.

CASATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Katia. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000100029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2015.



DINIZ, Carmen Simone Grilo; NIY, Denise Yoshie; ADREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Priscila Cavalcanti Albuquerque; SALGADO, Heloisa de Oliveira. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface Botucatu**, v. 20, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832016000100253&lng=pt&nrn=iso>. Acesso em 20 jun. 2016.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Revista Verve**, [S.l.], v. 18, p. 167-194, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646>>. Acesso em 13 de agosto de 2020.

GALLICHIO, Enrique. Empoderamento, teorias de desenvolvimento e desenvolvimento local na América Latina. In: ROMANO, Jorge O.; ANTUNES, Marta (Org.). **Empoderamento e Direitos no Combate à Pobreza**. Rio de Janeiro: ActionAid Brasil, 2002, p. 67-90. Disponível em: <<http://187.45.205.122/Portals/0/Docs/empoderamento.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2019.

GARCIA, Gabriela Almonte. Violencia ginecológica y obstétrica: La medicalización Del cuerpo femenino. **Revista Décsir**. EAM. México, v.2, 2016. Disponível em: <<http://decsir.com.mx/wp-content/uploads/2016/03/1-indagaciones.pdf>>. Acesso em 13 de maio de 2016.

JEWKES, Rachel; KEKANA, Loveday Penn. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. **PLoS Med**. vol. 12, 2015 Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001849>>. Acesso em 13 de maio de 2016.

KONDO Cristiane; WERNER, Lara. Violência obstétrica e sua configuração no Brasil. In: STEFANO, Daniela; MENDONÇA, Maria Luisa (org.). **Direitos Humanos no Brasil: Relatório da Rede Social de Justiça e Direitos Humanos**. São Paulo: Expressão popular, p. 139-144, 2013.

LEAL, Maria do Carmo; PEREIRA, Ana Paula Esteves; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; FILHA, Mariza Miranda Theme; DIAS, Marcos Augusto Bastos; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; BASTOS, Maria Helena; GAMA, Silvana Granado Nogueira. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**. vol. 30, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf>>. Acesso em 23 de agosto de 2015.

LUZ, Nina Franco; ASSIS, Thaís Rocha; REZENDE, Fabrícia Ramos. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **ABCS Health Science**. vol. 40, 2015 Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a05v11esp_n4.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2016.

MARTIN, Emily. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro, Editora Garamond, 2006, 378 p.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Maternidade segura. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra (SUD): OMS, 1996.

PEREIRA, Carlota; DOMINGUEZ, Alexa; TORO, Judith. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. **Rev. ObstetGinecolVenez**, vol. 75, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322015000200002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 27 de janeiro 2017.

POZZIO, Maria Raquel. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y La violència obstetrica. **Rev. Estud. Fem.**, vol. 24, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104026X2016000100101&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jan. 2017.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface, Botucatu**, vol. 13, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000500027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 abril 2015.

SENA, Ligia Moreiras; TESSER, Charles Dalcanale. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface Botucatu**, vol. 21, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100209&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jan. 2017.

SERRUYA, Suzanne Jacob. A arte de não fazer o errado e fazer o certo! **Cad. Saúde Pública**, vol. 30, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 abr. 2015.

SILVEIRA, Fernando de Almeida; FURLAN, Reinaldo. Corpo e Alma em Foucault: Postulados para uma Metodologia da Psicologia. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 171-194, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 agosto 2020.

SOUZA, Agnes Caroline Alves; VALENTE, Márcio Bruno Barra. Violência Obstétrica: um desafio para psicologia **HumanÆ**. Questões controversas do mundo contemporâneo, vol. 10, 2016. Disponível em: <http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/521/152> >. Acesso em 23 de setembro 2015

SOUZA, João Paulo; PILEGGI-CASTRO, Cynthia. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. Saúde Pública**, vol. 30, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 abr. 2015.

TESSER Charles Dalcanale; KNOBEL, Roxana; ANDREZZO; Halana Faria de Aguiar; DINIZ, Simone Grilo. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, vol.10, 2015. Disponível em



<file:///C:/Users/eu/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/1013-7112-1-PB%20(1).pdf >. Acesso em 16 de março de 2016.

VENTURI, Gustavo; GODINHO, Tatau. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e Editora SESC, 2013.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Revista Temáticas**, vol. 22, 2014. Disponível em: <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/view/2144/1637>>. Acesso em: 20 de dezembro de 2016.