



VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: A AGRESSÃO SILENCIOSA NAS SALAS DE PARTO

OBSTETRIC VIOLENCE: THE SILENT AGGRESSION IN THE DELIVERY ROOMS

Júlia Araujo Coelho¹
Ana Flávia Dias de Andrade²
Bruno Vasconcelos de Almeida³

RESUMO: Este artigo apresenta reflexões acerca da violência obstétrica no Brasil, abordando a história do parto, explicitando as práticas utilizadas, bem como as definições, categorias e consequências geradas pela violência obstétrica. Discute-se ainda a naturalização das diversas formas de violência praticadas durante o pré-natal, parto e puerpério, bem como as diferenças observadas entre os acompanhamentos e partos efetuados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nos âmbitos público e privado, neste último caso, quando há regulação pública. Realizou-se um questionário online sobre a vivência do parto e episódios de violência obstétrica com 120 mães. Encontrou-se, através do questionário, grande desconhecimento acerca dos próprios direitos e das práticas alternativas àquelas desenvolvidas pela medicina clássica, além disso, destacou-se a conduta inadequada dos profissionais e sua relação com a prática da violência. Mostrou-se também como o parto humanizado contribui para uma experiência mais proveitosa e menos violenta para a mulher.

PALAVRAS-CHAVE: Violência obstétrica; SUS; Parto; Maternidade; Direito da parturiente.

ABSTRACT: This article aims to present reflections regarding obstetric violence in Brazil, addressing the history of childbirth, explaining the practices used in it, as well as the definitions, categories and consequences caused by obstetric violence. Furthermore, it also aims discuss the naturalization of the numerous forms of violence practiced during prenatal, childbirth and puerperium, as well as the differences seen between the follow-ups and deliveries performed by the Sistema Único de Saúde (SUS), in both public and private environments, when there is public regulation. An online survey on the experience of childbirth and possible episodes of obstetric violence with 120 mothers was carried out. Through the questionnaire, there was a great lack of knowledge about the rights and practices that can be used as alternatives to those erroneously disseminated as necessary by classical medicine, furthermore, the inappropriate conduct of professionals stood out, as well as their role in the obstetric violence. It also showed that a humanized childbirth contributes to a more beneficial and less violent experience to the woman.

KEYWORDS: Obstetric violence; SUS; Child birth; Maternity; Parturient rights.

1 INTRODUÇÃO

É inegável que o momento do parto é extremamente significativo na vida de uma mulher, contudo as discussões sobre as circunstâncias nas quais eles ocorrem não são muito discutidas e debatidas. A violência obstétrica mostra-se presente na vida de grande parte das mulheres, cujo espaço de fala é cerceado devido à invisibilidade desta forma de violência. Nos últimos anos, no entanto, deu-se início a maiores debates nas universidades e na mídia.

¹ Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). juliaraujocoelho@gmail.com

² Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). anaflaviada@outlook.com

³ Professor na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG). Pós-Doutor em Filosofia (UFMG, 2016; UFMG, 2014). Doutor e Mestre em Psicologia Clínica (PUC-SP, 2010; PUC-SP, 2005). Psicólogo e Acompanhante Terapêutico. brunovasconcelos@pucminas.br

De acordo com a Organização Mundial de Saúde OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2014), mulheres de todo o mundo experimentam abusos, maus-tratos e negligência durante o parto, o que retrata uma situação alarmante, uma vez que estes dados dizem da violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres. Esse tipo de violência pode ocorrer em qualquer período entre o pré-parto, o parto e o pós-parto, sendo considerada qualquer prática de maus tratos físicos, psicológicos e/ou verbais (TESSER *et al*, 2015). Os impactos causados por estas práticas são graves, podem chegar a ocasionar consequências psicológicas semelhantes às de mulheres vítimas de estupro, uma vez que geraram dificuldades de aceitação do próprio corpo e demora para retornar à vida sexual (SIPIÃO; VITAL, 2015).

A partir destes aspectos, elaborou-se o presente artigo, cuja ideia e os dados coletados partiram da disciplina de Psicologia e Saúde Coletiva do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas). Os dados foram obtidos por meio de um questionário formulado e aplicado às mães, pelas próprias autoras no período desta disciplina. Para a análise de resultados foi utilizado o procedimento da análise de conteúdo sob um prisma quantitativo e qualitativo. Objetivou-se promover reflexões acerca do modelo de parto, regido pelo paradigma biomédico, que vem sendo praticado nos âmbitos público e privado. A violência obstétrica, então, aparece como evidência da necessidade de questionar e reformular as ideias e as práticas em torno da temática.

2 HISTÓRIA DO PARTO: DO NATURAL À IMPLEMENTAÇÃO DA CESÁRIA E A NOVA TENDÊNCIA AO PARTO HUMANIZADO

De acordo com Mott (2002), as percepções e entendimentos acerca do parto e da gravidez têm se alterado através do tempo e das culturas. Na história da obstetrícia, transformações em relação ao processo de nascimento acontecem desde o começo do século XIX, quando o parto social – realizado por parteiras com conhecimento baseado em saberes adquiridos através da prática empírica, sem cunho científico, em contexto domiciliar, com apoio espiritual e auxílio concedido por amigas, vizinhas e mulheres da família - gradualmente perdeu espaço para o modelo biomédico de parto (SALIM *et al.*, 2012).

A transição para o modelo com assistência médica, pode ser indicada como principal aspecto responsável por diminuir a autonomia nas escolhas das parturientes a respeito do tipo de parto, local onde ocorrerá e, principalmente, sobre seu corpo no momento do nascimento. Muitas das práticas incluídas no modelo biomédico são intervencionistas e estabelecem atitu-

des passivas às parturientes – característica que pode ser alvo de críticas, uma vez que limita a mulher em um momento no qual deveria ser protagonista (SALIM *et al.*, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, com a ênfase exagerada à fisiologia do parto, foram deixados de lado os aspectos psicoemocionais e sociais, o que fez com que a parturiente fosse negada do seu direito de experimentá-lo de maneira autônoma. A partir da institucionalização do parto, o número de cesarianas cresceu e os de partos vaginais diminuiu, contribuindo para o aumento das taxas de morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2001).

O aumento do número de mortes maternas e do índice de partos hospitalares, resultaram em maior incidência de cesáreas. Dessa maneira, foi necessário que, ao fim dos anos de 1990, fossem promovidas discussões sobre a necessidade de humanização do parto (GONÇALVES; MISSIO, 2009), o que culminou na criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento pelo Ministério da Saúde:

[...] com o objetivo de disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde. Pretende, principalmente, integrar a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher durante a gestação e o parto. Desta forma, será possível resgatar para mulheres e profissionais de saúde a singularidade deste [sic] momento (BRASIL, 2001, p. 5).

A gestação, o parto e o puerpério, são períodos de grandes transformações para uma mulher. É necessário que ela se sinta segura com os profissionais de saúde e com sua rede de familiares e amigos, que irão considerar aspectos individuais e culturais relacionados aos grupos nos quais ela está inserida, às suas crenças e valores, a fim de promover cuidado integral.

3 DEFINIÇÃO E CATEGORIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica pode ser caracterizada pela apropriação do corpo da mulher, em seu processo reprodutivo, pela equipe de saúde que atua durante o parto de maneira desumanizada. Isso ocorre por meio do excesso do uso de intervenções e da patologização de processos naturais, o que faz com que a mulher não tenha espaço para tomar suas próprias decisões, trazendo consequências negativas para ela e a criança (SERRA, 2018). Essa expressão engloba uma série de formas de violência durante o cuidado obstétrico, que incluem maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos (TESSER *et al.*, 2015).

A violência obstétrica se apresenta em diversas categorias, podendo ser citadas: o abuso físico (ex.: procedimentos sem justificativa clínica e intervenções didáticas, como toques

vaginais, cesáreas e episiotomias desnecessárias, mobilização física e práticas dolorosas sem anestesia); imposição de intervenções não consentidas com base em informações parciais ou distorcidas (ex.: episiotomias realizadas sem autorização, recusa à aceitação do plano de parto, indução de cesárea por motivos duvidosos, como circular de cordão, pós-datismo e etc.); cuidado não confidência ou privativo (ex.: enfermarias de trabalho de parto coletivas sem biombo); cuidado indigno e abuso sexual (ex.: forma de comunicação desrespeitosa com a mulher, ridicularização da dor, desmoralização dos pedidos de ajuda, humilhação de caráter sexual); discriminação baseada em certos atributos (ex.: tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos, como ser casada, adulta, branca, classe média, depreciando as que têm atributos considerados negativos); abandono, negligência ou recusa de assistência; e detenção nos serviços (BROWSER; HILL, 2010).

Além dessas categorias, segundo Tesser *et al.* (2015), existem também práticas que são prejudiciais ou ineficazes, como: infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto e cate-terização venosa profilática de rotina, que diminuem a mobilidade da parturiente e aumentam o desconforto; uso indiscriminado de ocitocina, que pode levar ao aumento da atividade uterina com conseqüente hipóxia fetal; amniotomia para acelerar o trabalho de parto, o que pode aumentar a possibilidade de cesariana; posição de litotomia, quando na realidade posições verticalizadas reduzem o tempo de parto e diminuem a necessidade de intervenção; episiotomia, que aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto grau, de infecção e de hemorragia; manobra de Kriseteller, que está associada ao aumento do risco de laceração perineal e internação em UTI neonatal para o bebê; restrição alimentar e hídrica, que pode levar ao desconforto da parturiente, portanto é recomendado que as mulheres tenham liberdade para ingerir líquidos leves e outros alimentos durante o trabalho de parto; restrição de movimentos corporais, que dificultam o manejo da dor, aumentam a chance da necessidade de analgesia, de cesariana e aumentam a duração do trabalho de parto; impedimento de acompanhante, sendo que a presença deste é protetora contra todas as formas de violência durante a internação.

Segundo Tesser e outros (2015), através de pesquisas realizadas, se observou que um quarto das mulheres que pariram e metade das que abortaram, relataram ter passado por algum tipo de violência obstétrica. Além disso, a pesquisa “Nascer no Brasil”, realizada por Viellas *et al.* (2014), mostrou que as práticas prejudiciais ou ineficazes se tornaram procedimento de rotina. Foram entrevistadas mais de 23 mil mulheres, entre elas 70% foram rotineiramente puncionadas, 40% receberam ocitocina e realizou-se amniotomia em 40%. Entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estava em posição de litotomia, 56% foram submetidas a episiotomia, 37% receberam a manobra de Kristeller, somente 26% puderam se

alimentar, 46% puderam se movimentar durante o trabalho de parto, 18,7% não contaram com o acompanhante e apenas 5% tiveram o parto sem nenhuma intervenção. A situação no Brasil piora cada vez mais, pois o número de mulheres que sofrem com a violência obstétrica tem aumentado. Dessa forma, não há como negar a magnitude dessa violência de gênero.

4 NATURALIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Uma das maiores causas das dificuldades de se reconhecer e lidar com a violência obstétrica, que pode ser classificada como sendo de gênero, é a sua naturalização. De acordo com Cunha (2015, p.8), “como os atos violentos são corriqueiros e repetem-se por vários anos, acabaram se enraizando no consciente coletivo da sociedade”, dificulta-se, então, que as mulheres reconheçam a violência ou recusem procedimentos, pois pensam ser algo inerente ao processo. Entretanto, apesar de ter se tornado rotina, essa violência tem consequências para a mulher e seu bebê.

A medicina tecnocrática trata o parto não como um momento natural, mas como um momento patológico, que demanda intervenções e medicalização, assumindo o controle do processo que deveria ter a mulher como protagonista. Ao invés de ser cuidada, a mulher sofre com as mais diversas agressões, nas quais observa-se o exercício de poder como uma prática discriminatória de gênero, classe e etnia (BARBOZA; MOTA, 2016).

A assistência ao parto era uma prática de empoderamento, as parteiras, também mulheres, apoiavam o processo. Havia uma cultura de acumulação do poder feminino, que permitia uma aliança de gênero. A partir do século XVIII, a sociedade se medicalizou e o saber-poder tornou-se masculino, as parteiras ficaram em segundo plano e o parto hospitalar passou a predominar. O hospital se tornou um espaço de controle do corpo feminino, as mulheres se tornaram pacientes passivas em um contexto no qual deveriam ter todo o poder, seu próprio parto (BARBOZA; MOTA, 2016).

A violência obstétrica pode ser considerada como uma violência simbólica, de acordo com Barboza e Mota (2016, p. 122):

Esta é a forma mais insidiosa de violência exercida pelas instituições e seus agentes sobre as classes populares e ocorre quando o poder impõe sua visão do mundo social e distinção entre pessoas como legítima, sendo legitimada pelo poder médico e pelos fluxos assistenciais dos serviços. 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. [...] Esta violência que muitas vezes é vivenciada pelas mulheres de

forma silenciosa, por medo ou por opressão, produz angústia num momento em que deveria estar ocorrendo acolhimento e cuidado.

Em oposição a esta violência de gênero, o movimento pela humanização do parto tem crescido. Busca-se o protagonismo da mulher, o apoio à liberdade de escolha e à individualidade da parturiente, e o uso de procedimentos com respaldo científico (CUNHA, 2015). Acredita-se, portanto, que para que o parto se torne um momento seguro e agradável é preciso que todos os direitos da mulher sejam respeitados. Para que seja possível o empoderamento feminino no parto, as mulheres devem ter acesso à educação e devem ser criadas políticas públicas que incentivem uma maior independência feminina. (BARROS; RUVIARO; RICHTER, 2017).

O parto humanizado surgiu a partir dos questionamentos do modelo biológico-medicalizado, com influência do feminismo. Ele é centrado na mulher, que tem autonomia e é a protagonista, não ocorrendo intervenções desnecessárias e, no caso de intervenções necessárias, há diálogo com o obstetra sobre as medidas que serão tomadas. A partir disto, a gestante se torna sujeito ativo (BARROS; RUVIARO; RICHTER, 2017).

Segundo Seibert e outros (2005, p. 249):

Humanizar o parto não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios. Portanto, a assistência deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê. Entretanto, vemos que na prática ninguém empodera ninguém.

O resgate da humanidade no momento do parto só é possível por meio da desconstrução das relações de poder, em um movimento contra a violência obstétrica e de empoderamento da gestante.

5 O PARTO NO MODELO DO SISTEMA PÚBLICO E PRIVADO

A assistência ao período de gravidez e ao parto pode variar quando comparamos o sistema público e o privado. No sistema público de saúde a taxa de partos normais gira em torno de 60%, enquanto no sistema privado essa taxa é muito menor, em torno de 16%. A diferença entre os dois é clara, mas, apesar de a taxa no SUS ser consideravelmente mais alta, ela ainda está longe de alcançar a taxa de 85% que é indicada pela OMS (WENZEL, 2016)

Segundo Oliveira et al. (2016), nota-se que, com o passar do tempo, a cesárea passou a ser tratada como um produto de consumo e não como uma intervenção para melhoria dos resultados nos partos. Sendo assim, é possível explicar o porquê de às taxas dessa cirurgia chegarem a 93,8% em hospitais privados, enquanto se mantêm em 55,5% no setor público, uma vez que o parto cesárea se tornou um sinal de status social para às famílias, assim como um fator de conveniência para essas e para os médicos, que agendam o parto para o momento mais adequado para suas rotinas.

Durante o parto, o cuidado e bem-estar da paciente devem ser a prioridade no momento da assistência e considerados antes de se fazer qualquer intervenção. Entretanto, este é um tópico invisível, principalmente no SUS, onde se utilizam vários tipos de intervenções, como uma forma de acelerar o processo do parto, sem dar importância ao protagonismo da mulher. Porém, apesar de faltar visibilidade para o tema, muitos serviços do SUS tem se esforçado para melhorar o atendimento às mulheres e tornar o parto um momento mais humanizado. Este movimento tem crescido aos poucos, mas por enquanto são mantidos, principalmente, tratamentos discriminatórios, desumanos e degradantes (DINIZ, 2009).

Segundo Diniz (2009), o setor privado no Brasil tem uma política de “cesáreas de rotina”, pois os processos cirúrgicos tornam o nascimento mais previsível, eficiente e lucrativo para os hospitais e médicos. Além disso, há indicações de cesárea pelos profissionais devido ao desconhecimento destes sobre a condução de um parto sem intervenções, sendo assim, eles se sentem mais seguros realizando intervenções que trazem riscos para mulher e o bebê. Pode-se ressaltar também que, quando as mulheres conseguem ter partos normais no sistema privado, elas são submetidas a diversos procedimentos de indução e aceleração, que são dolorosos e violentos.

No SUS o pré-natal é realizado no posto de saúde, já no sistema privado o pré-natal é realizado em hospitais maternidade. Segundo Palma e Donelli (2017), verificou-se a diminuição do desejo pelo parto vaginal ao longo da gestação, o que sugere que a orientação no pré-natal pode estar induzindo a maior aceitação da cesárea. Sendo assim, deve-se questionar como é realizada esta orientação, principalmente, em consultórios médicos privados onde existem uma série de fatores envolvidos na preferência do profissional pela cesárea, tais como questões de custo e de tempo. Segundo Faúndes e Cecatti (1991, p. 156):

O cuidado pré-natal, em geral, não prepara a mulher grávida psicologicamente para o parto. O medo e insegurança que toda mulher grávida sente são mais estimulados do que prevenidos no pré-natal que ela recebe e no contexto social em que ela passa a sua gravidez. Portanto, o medo da dor no parto é exacerbado com as primeiras contrações uterinas, requerendo um apoio psicológico para a mãe. Isto praticamente

inexiste hoje no Brasil, uma vez que no atual sistema de saúde a figura da parteira quase desapareceu.

Atualmente, passa-se por um momento no qual a maioria das mulheres estão optando por não se submeterem a um parto normal, pois tem medo das intervenções e violências que podem sofrer, e da dor, além de desejarem manter intactas a anatomia e fisiologia da vagina. Dessa forma, as mulheres preferem se programar para realizar uma cirurgia, se sentindo mais seguras, uma vez que têm mais certeza do que irá acontecer e dos possíveis riscos, principalmente ao se guiar pela crença popular de que o parto vaginal é mais arriscado para o feto (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

Apesar das dificuldades no cenário atual, diversos avanços já ocorreram no campo da saúde materna no Brasil. Pode-se apontar que o principal foi a universalização do acesso à assistência pré-natal e ao parto. A equidade proporcionada às mulheres pelo SUS é de extrema relevância, porém ainda persistem os problemas na qualidade da assistência. A segurança e o conforto da mulher ainda não têm o foco que deveriam ter, principalmente por se ter uma cultura que discrimina, pune e corrige as mulheres (DINIZ, 2009).

6 METODOLOGIA

A pesquisa realizada tem caráter quantitativo e qualitativo, e visou trazer reflexões sobre o paradigma vigente acerca do parto, de maneira evidenciar as práticas de violência presentes atualmente no campo da obstetrícia. Sendo assim, foi registrado, analisado, e propostas reflexões dos fatores correlacionados à violência obstétrica de maneira a quantificar os dados e analisar os aspectos dinâmicos e subjetivos que percorrem a temática. Escolheu-se esse processo de investigação científica a partir da natureza do problema, que faz ser necessário o uso de técnicas estatísticas para mensurar a realidade quantificável. O caráter qualitativo permite, por outro lado, a descrição da complexidade que o tema carece, de forma a permitir o aprofundamento das reflexões que lhe concernem (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

Em relação ao procedimento de coleta de dados foi utilizada a ferramenta de formulários disponibilizada pelo *Google*. Ressalta-se que os dados referentes ao questionário são secundários. Foram obtidos por uma pesquisa realizada pelas próprias autoras na disciplina de Psicologia e Saúde Coletiva, no curso de psicologia da PUC Minas.

O formulário foi divulgado em grupos fechados de discussão de mães no *facebook*, mas também nas redes sociais pessoais das autoras. A possibilidade de participação ocorreu em menos de 24 horas e de forma anônima, e o seu fechamento aconteceu devido a grande

quantidade de respostas, totalizando-se em 120. Todavia, para o presente artigo foram retiradas da análise quantitativa 13 respostas inconsistentes, ou seja, aquelas em que não apresentaram coesão com os outros dados relatados e, por isso, levantaram dúvidas acerca da resposta. Um exemplo a ser dado foi quando algumas mulheres responderam que possuíam um filho e, no momento de marcar o local em que o parto ocorreu escolheram mais de uma opção.

O formulário, que contemplou dez perguntas, sendo duas abertas e oito fechadas, visou compreender o contexto da violência obstétrica no Brasil e a percepção das mães acerca da mesma. Os tipos de violência obstétricas contidos no formulário foram fundamentados a partir de Zanardo *et al.* (2017), enquanto que a pergunta que se refere aos direitos na hora do parto foi elaborada segundo a Lei nº 8.219/2017 (FLORIANO, 2017).

As perguntas eram obrigatórias, com exceção de uma, que obteve 77 respostas e, em sua maioria, havia a possibilidade de marcar mais de uma opção. As perguntas abordaram a quantidade de filhos que as mulheres possuíam; o caráter da instituição em que o parto ocorreu - público, privado, em casa; os profissionais que acompanharam o parto; o tipo de parto; o conhecimento acerca dos próprios direitos no período de parto; se já sofreram violência obstétrica e quais os tipos; se percebeu que havia sofrido a violência e; a pergunta opcional pedia que as mulheres contassem como ocorreu o parto.

Quanto à análise dos resultados, para identificar a resposta de cada mulher da pesquisa foi utilizada a abreviação Ent. seguida do número da entrevistada correspondente. Para esta análise foi utilizado o procedimento da análise de conteúdo que consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Bardin (1977) divide a análise de conteúdo nas etapas de pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A primeira baseia-se na eleição de um *corpus* e a sua leitura para se estruturar objetivos, hipóteses e elaborar indicadores para a interpretação dos dados. O *corpus* do artigo, como já fora especificado trata-se de um questionário veiculado pelo *Google*, composto por dez perguntas e respondido por 120 mulheres e mães. Na exploração do material, segundo processo no quadro de análise, foram feitas as codificações dos dados, ou seja, as informações foram classificadas e agrupadas a partir de categorias. Desta forma, a partir das respostas obtidas pelas mães, na análise do questionário foram divididas as seguintes categorias de análise: quantidade de filhos; locais de realização dos partos; tipos de

parto; recebimento de orientação durante o pré-natal; profissionais presentes no parto; experiência pessoal sobre o(s) parto(s); conhecimento, incidência e tipos de violência obstétrica. Após a codificação dos resultados, foram feitos os tratamentos e interpretação dos mesmos. Para a análise quantitativa foram transformadas as respostas em operações estatísticas simples – percentagens – e interpretados sob uma perspectiva social e crítica dos paradigmas da medicina tradicional.

7 ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO

A grande quantidade de respostas ao questionário, em um intervalo de tempo inferior a vinte e quatro horas, revela a primeira proposição: as mães não têm um espaço para falar sobre o que lhes ocorreu, sobre um momento que está no imaginário social cheio de significações.

O primeiro parâmetro a ser analisado é a quantidade de filhos que as mães possuem. Em sua maioria, um filho foi o número mais recorrente (69,8%), seguido por dois (23,5%) e três (6,6%) filhos. Para além das variáveis socioculturais, que promove uma tendência à diminuição atual da quantidade de filhos, este dado alerta para a violência obstétrica, visto que, nos relatos, houveram mães que expressaram adversidade em ter outros filhos, devido à experiência negativa vivida no momento do parto.

Quanto aos locais onde foram realizados os partos, poderia ser selecionada mais de uma resposta, devido a possibilidade de a mulher ter mais de um filho. Além disso, evidencia-se uma maior ocorrência de partos em hospitais privados (55,6%), em relação a hospitais públicos (47,1%) e, dentre os 1,8% restantes: três partos em Casa de Parto e um em casa.

Uma das possíveis explicações para uma maior porcentagem de ocorrência de parto no setor privado é o aumento do número de cesáreas no Brasil. O percentual de partos por cesárea no território brasileiro foi de 55%, em 2015, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), o que se mostrou concomitante com os valores obtidos em nossa pesquisa. Essa incidência está relacionada, também, à escolha da mulher brasileira, que tem preferido, nos últimos anos, a cesárea.

Nos hospitais privados, a mulher contrata o serviço por meio de pagamento direto ou planos de saúde, que garantem maior liberdade para a escolha do tipo de parto. Desta maneira, com o poder de escolha, há uma preferência pelo setor privado em detrimento do público que, por sua vez, limita o poder de escolha da mesma. No hospital público “a indicação de uma cesariana é feita mediante o diagnóstico de intercorrências durante a gestação ou trabalho de

parto, havendo possibilidade limitada de agendamento de cesariana a pedido da mulher” (DOMINGUES *et al.*, 2014, p. S102). Dito de outra maneira, é mais rotineira e fácil uma cesariana no hospital privado do que no público.

Nos dois sistemas foram relatados problemas pelas entrevistadas. O hospital privado incentiva as cesáreas de maneira coercitiva visando, normalmente, o benefício para o hospital, relacionado ao lucro dos procedimentos, e do médico. Estas insatisfações podem ser evidenciadas pela fala de uma das mães, que teve o parto em um hospital privado.

Minha bolsa estourou no ônibus, precisei me levantar para descer, o motorista freou bruscamente, eu bati a barriga... Cheguei na maternidade com 5 dedos de dilatação, mas o líquido amniótico estava esverdeado, o que indicava mecônio, eu queria parto natural e a enfermeira me disse: "você tem noção de que pode passar até 24h com essa dor e com cesárea a gente resolve na hora?", eu estava sozinha, não sabia o que fazer e deixei acontecer, me deram muita morfina... Não deixaram minha mãe entrar (Ent.3).

Por outro lado, nos hospitais públicos, foi relatado uma pressão para a efetivação do parto normal, provocando, por vezes, sofrimento para as gestantes, por meio da utilização de procedimentos invasivos, com o objetivo de acelerar o parto. Uma mãe descreve que, desde sua chegada no hospital, foi maltratada pelos profissionais devido ao manejo inadequado, que esta relaciona à piadas de mau gosto, aplicação de ocitocina, toques em sua genitália e realização de episiotomia sem seu consentimento. Outra entrevistada descreve que um dos profissionais reclamou da demora para o nascimento de sua filha e pressionou com força sua barriga para acelerar o processo.

As mulheres selecionaram em uma das perguntas os profissionais que estavam presentes na hora do parto, dessa forma, considerando que poderia ser marcado mais de um profissional, aqueles presentes na hora do parto foram: o obstetra plantonista, cuja participação se deu em 61 partos das 106 participantes; 51 enfermeiros; 45 obstetras, que acompanharam o pré natal; 8 doulas; e outros que englobam os anestesistas, pediatras, estagiários, enfermeiro obstetra, obstetriz, técnicos auxiliares e fotógrafo, compondo 11 participações no total.

Foi constatado durante a pergunta aberta do questionário: “Nos conte um pouco sobre como ocorreu o seu parto”, uma grande quantidade de respostas que destacam a postura dos médicos e enfermeiros. Vários dos relatos dizem do desrespeito, da falta de ética e de comprometimento com a vida da mulher e do bebê, sendo que, em alguns, pode ser visto a sobreposição do aprendizado dos alunos de medicina em função do bem-estar da gestante.

Me mandaram parar de gritar, pq [sic] estava atrapalhando as outras mães durante o tp [sic] delas, levei pontos além do necessário para que um aluno aprendesse como fazia o procedimento e só fui avisada desses pontos a mais no final do ato, não deixaram minha filha mamar na primeira hora de vida mesmo eu pedindo por isso (Ent.2).

A postura das doulas nos relatos das mães mostrou que, apesar da baixa incidência deste tipo de profissional na pesquisa, tê-las como acompanhantes possibilitou maior bem-estar para as mães no momento do parto. A ent.⁶⁰ expressou que “passei todo o trabalho de parto em casa, acompanhada de doula, muito calma e com técnicas [sic] naturais de alívio da dor”. Falas como essas foram evidenciadas nos relatos de outras mães que responderam ao questionário, nos quais foi ressaltada a importância da presença da doula no contexto do parto.

Dentre os tipos de parto, o mais recorrente foi a cesárea com a frequência de 54,7%, seguida pelo parto normal com a ocorrência de 33,9%, dentre as 106 mulheres, considerando que poderia ser marcada mais de uma resposta. As outras categorias de parto tiveram uma incidência inferior, o parto natural teve 10,3%, o humanizado 8,4% e o de cócoras e na água 1,8%, e, por fim, o fórceps teve 1,8%. Nota-se, todavia, na análise das respostas, um desconhecimento por parte das mães acerca do conceito de cada parto. Desta maneira, foi recorrente a seleção de mais de um tipo de parto para mães que tinham somente um filho. Quando este fato ocorria, normalmente havia a seleção do parto normal, humanizado e natural conjuntamente.

As cesáreas ocorreram, majoritariamente, nos hospitais privados (65,5%), enquanto os partos normal, natural e humanizado foram mais frequentes nos hospitais públicos (60,4%). Quanto a quantidade maior de cesáreas em comparação às outras, pode-se entender este dado devido ao maior desejo de mulheres em fazer cesárea e à pressão dos médicos. Por parte da mulher destaca-se o medo da dor, falta de preparo no pré-natal e o desejo de manter a vagina “intacta”; enquanto que, por parte dos médicos, destaca-se a conveniência de fazer uma operação programada sem estender o tempo, e a falta de confiança pelo seu baixo treinamento obstétrico (FAÚNDES; CECATTI, 1991).

O instrumento fórceps é uma modalidade de parto agressiva e recomendada somente em casos específicos e pouco recorrentes. As pás que compõem a ferramenta, prensam a cabeça do bebê no estágio expulsivo do parto e o puxam de forma agressiva, o que pode lhe causar machucados de leves a graves. Cunha (2011) é um dos médicos que consideram que existem contextos nos quais o fórceps é necessário, como quando há sofrimento fetal e/ou risco de morte para a gestante. Apesar da pesquisa indicar uma incidência de apenas 1,8%

desta categoria, é importante destacá-lo devido a sua utilização, por vezes, inadequada e sem permissão da mãe. Dentre os quatro relatos de uso de fórceps, duas mães não reconheceram que havia sofrido violência obstétrica e, as duas que reconheceram, relataram a ausência de comunicação do médico em relação aos procedimentos, parto forçado e o uso do fórceps sem consentimento.

O recebimento de informações durante o pré-natal, acerca dos direitos da gestante na hora do parto, é dever do médico. Contudo, apenas 34,9% das mulheres receberam a orientação. O projeto de Lei nº 8.219/2017 prevê o cumprimento de pena e multa para os profissionais que cometerem violência obstétrica. A mulher no momento do parto deve contar com uma equipe médica preparada para assistência de um parto humanizado, deve ser respeitada, ter suas queixas ouvidas e não ser recriminada. As intervenções no parto - cesárea, episiotomias, raspagem de pelo pubiano, etc – só deverão ser feitas em situações pontuais e com o consentimento da mãe (FLORIANO, 2017). Além disso, a Lei nº 11.108/2005 regulamenta a obrigatoriedade de acompanhante no parto da gestante, se ela assim requisitar (BRASIL, 2005).

O conhecimento acerca do conceito de violência obstétrica mostrou-se muito presente (78,3%) entre as mulheres entrevistadas. Segundo o mestre em obstetrícia Rafael Santos (PAIVA, 2015), “o conhecimento é a prevenção contra a violência obstétrica”. Essa afirmação, todavia, contrasta com a incidência de violência obstétrica de 57,5%, encontrada na pesquisa. Desta maneira, é possível questionar acerca da qualidade do conhecimento das mulheres sobre a violência obstétrica, o desconhecimento sobre os direitos na hora do parto e a falta de espaço para reivindicações; considerando ainda que somente 34,9% das mulheres receberam instruções acerca dos seus direitos.

A porcentagem de 57,5% para mulheres que sofreram violência obstétrica é contrastante, e ao mesmo tempo assustadora, com os dados assumidos pela Fundação Perseu Abramo e pelo Serviço Social do Comércio de São Paulo (2010), que constataram que 25% das mulheres sofrem violência obstétrica. Os altos valores encontrados podem estar relacionados aos locais de divulgação da pesquisa, visto que, os grupos de discussão sobre maternidade no *facebook* fomentam um espaço de diálogo sobre abusos, que muitas mulheres temem expor em sua vida cotidiana. O diálogo é importante para troca de experiências, conscientização acerca da violência obstétrica e formação de senso crítico.

As mães, em maioria, relataram que não perceberam que sofreram violência obstétrica (41,5%), outras perceberam por si mesmas na hora (29,2%), outras apenas algum tempo – horas, semanas, meses - depois (22,6%) e 4,7% apenas perceberam após alguém falar para

elas. Este dado aponta para a naturalização da violência obstétrica, que invisibiliza a mãe, na medida em que se constrói uma relação de poder entre a mulher e o médico na sala do parto.

Dentre os tipos de violências obstétricas sofridas pelas mulheres, aquela que mais ocorreu foi a alteração do processo natural do parto, através do uso de técnicas de aceleração sem consentimento voluntário da mãe (27), seguido por violência psicológica (25), que inclui: tratamento hostil, ameaças, gritos, ironias, coerção e humilhação intencional; negligência (25): omissão de informações acerca do estado de saúde da mulher e não prestar informações acerca do procedimento de parto; utilização de práticas invasivas (21): raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de enema; violência física (21): negar o alívio da dor quando a gestante relatou estar sentindo dores, manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher; negar presença de acompanhante (18); mentiras, por parte dos profissionais, acerca do estado de saúde para induzir uma cesariana (15); impedir que a mãe fique com o bebê sem causa médica justificada (13); uso excessivo de medicamento e intervenções (11); violência sexual (2): assédio sexual e estupro.

A categoria outros, nesta mesma questão, representava um espaço para as mulheres acrescentarem violências que não constavam na lista de opções proposta pelas autoras. Foram obtidas assim, 22 respostas que incluíam: bolsa rompida sem autorização, deixada no corredor em pé e com dores, quatro horas sem acompanhamento e com dores, forçar a ter o bebê em uma posição que a mãe não queria, deslocamento da membrana sem consentimento, expulsar a doula, mãos amarradas e sem contato com o filho por cinco horas, enfermeira empurrando a barriga e gritando com a mãe, a mulher impedida de usar o espaço de parto natural do hospital devido aos interesses do médico, negar amamentação após o nascimento, e uma entrevistada relatou que o “médico passou o dedo no meu clítoris e me deu um tapa na bunda quando eu levantei”. Nos 77 relatos das mães pode-se evidenciar todos os tipos de violências obstétricas abordadas nos questionários.

Cheguei ao hospital com 8 de dilatação e fui direto pra [sic]o pre-parto. No pre-parto já estava com 9 e estagnei devido as frases que ouvia de uma das médicas plantonistas. No momento do toque eu reclamei que tava doendo e ela zombou, dizendo que era apenas os dedos dela, que ia passar era uma cabeça por lá. Em outro momento, eu estava agachada, pois era a posição mais confortável que eu achava e ela passou dizendo que não era assim que paria, e que por minha teimosia a minha bebê poderia ser prejudicada e perguntou se eu queria isso e disse, "fique aí que vou fazer duas cesarianas ali e depois, quem sabe, eu venha aqui de novo". Eu só vi segui parir com o outro plantonista. E quando o mesmo estava digitando alguns pontos pq tive laceração natural ela passou e disse" ajude ao Dr, fique quietinha aí pra ficar tudo bonito pra depois o marido não perguntar se foram dois que passou por aí." Antes disso, na hora do nascimento, uma estagiária de medicina tentou induzir minhas contrações com a mão. E tenho quase certeza que minha bebê foi puxada pelo médico, sem necessidade alguma. Ela não passou nem 2 minutos comigo e já a levaram e ela de-

morou quase uma hora pra voltar de novo pra mim. Perdeu a hora de ouro. E outras muitas coisas que me causam uma profunda for só de lembrar (Ent.5).

A partir das falas das mães é explícito o machismo na postura dos profissionais, que perpassa por todas as violências obstétricas. Nota-se que o processo de parir é uma analogia para os desafios que a mulher passa ao longo de sua vida. O desrespeito, menosprezo, sem possibilidade de fala, oprimida por aqueles que são detentores do espaço; têm de seguir as imposições que não as representam. As depilações forçadas e feitas de maneira agressiva fazem parte da ideologia presente, na qual os pelos femininos são considerados anti-higiênicos. Teixeira (2003) alerta inclusive para infecções decorrentes da depilação, principalmente no pós-parto, no qual a mãe ficará muito sentada devido à amamentação, o que criará um ambiente abafado. A autora ainda ressalta acerca da episiotomia, que, segundo ela, é um procedimento desnecessário e resulta da falta de instrução durante o pré-natal. O períneo possui elasticidade suficiente para lidar com o processo do parto e, para evitar o rompimento do mesmo podem ser realizados exercícios físicos para fortalecer o músculo, massagens na hora do parto e respiração adequada. Além disso, é costumeiro dos médicos, como relatado por uma das entrevistadas, “dar o ponto do marido”, que consiste em dar pontos a mais no períneo para deixar a vagina mais apertada. A visão na qual a mulher deve ser pura e submissa, ainda se mostra presente neste ato que, na verdade, resulta em dores e desconforto nas mulheres após anos ocorridos.

Ao examinar a incidência da violência obstétrica sobre as mulheres entrevistadas, 57,5% anunciaram que sofreram violência. Foi realizada então uma análise comparativa acerca da violência nos hospitais privados e públicos. Dentre as mulheres que tiveram o parto no setor público, 64% sofreram violência obstétrica, enquanto que, dentre as mulheres que tiveram o parto no setor privado, 50,8% destas sofreram violência obstétrica. Contudo, estes valores não são o suficiente para determinar um parâmetro único para a violência obstétrica, visto que a variável dos profissionais que acompanharam o parto é relevante para este processo.

Ao avaliar os profissionais que fizeram os partos das mulheres entrevistadas, chega-se à conclusão de que 66,1% das mulheres, que pariram em hospital privado, tiveram o parto realizado pelo obstetra que acompanhou o pré-natal; enquanto nos hospitais públicos esse valor cai para 14%. Além disso, é possível traçar a relação entre a violência obstétrica e a realização do parto pelos profissionais obstetra plantonista, ou pelo obstetra que acompanhou a gestante durante o pré-natal. No setor público 70,2% da violência obstétrica ocorreu com obstetras plantonistas, enquanto que no setor privado esse número foi de 76,9%. Quanto aos obstetras que acompanharam a gestante durante o pré-natal, sua presença no parto esteve associa-

da a 42,8% de incidência de violência obstétrica no setor público, contrastando a 36,7% nos hospitais privados.

Entende-se que, para além dos valores encontrados que correlacionam a violência obstétrica aos hospitais públicos, deve-se considerar os profissionais que realizam os partos. Nesse contexto então, cabe-se fazer uma reflexão crítica acerca da formação dos médicos. A significativa diferença de violência cometida por parte dos médicos que acompanharam as mulheres durante o pré-natal e os plantonistas - sendo mais cometida pelos obstetras plantonistas - aponta para a falta de compromisso ético na profissão. Sendo que, nesta lógica, os obstetras só respeitam as mulheres, lhe dão voz, esclarecem os procedimentos, têm empatia, paciência e compreensão se desenvolvem um vínculo antes com as mesmas. Em outras palavras, os médicos que acompanharam as gestantes durante o pré-natal desenvolveram um laço afetivo para que fosse possibilitado maior respeito, enquanto os médicos plantonistas, por não conhecerem as gestantes, apenas realizavam o procedimento sem consideração ao outro. A diferença de tratamento entre um parto acompanhado por um médico plantonista e por um que acompanhou a gestante durante o pré-natal é explícita na fala desta mãe:

Bem mais tranquilo do que eu esperava, após 5h de trabalho de parto, meu filho nasceu. Senti dor das contrações, anestesia foi aplicada bem próxima à hora do parto. Senti medo, mas além dos profissionais do parto, estavam comigo meu marido, minha irmã e a profissional que contratei para filmar o parto. A presença dessas pessoas me trouxe segurança, além da presença do meu obstetra, amigo da minha família de longa data e extremamente capacitado, calmo e encorajador. Foi a experiência mais marcante da minha vida. Obrigada pela oportunidade de compartilhar (Ent.27).

Dessa forma, deve-se ressaltar que, ainda haja pertinência na crítica, tanto no setor público e privado, quanto nos partos realizados por médicos que acompanharam no pré-natal e nos realizados por plantonistas, há uma grande ocorrência de violência obstétrica, que deve ser reavaliada. Os partos humanizados, nas casas de parto e com acompanhamento de doula, foram identificados na pesquisa como responsáveis pela menor incidência de violência obstétrica. Cabe utilizá-los então, como problemática reflexiva acerca da questão. Nestes casos, por exemplo, as mães tinham um plano de parto e uma consciência crítica acerca do que queriam, dos direitos e procedimentos. Segundo Castro e Clapis (2005, p. 963) o parto humanizado:

trata-se de processo que é fruto de políticas ministeriais de saúde que buscam melhorar a assistência à mulher e ao recém-nascido, através da redução das taxas de cesariana e mortalidade materno e infantil e que implicam no envolvimento e melhora da formação das enfermeiras obstetras e das concepções e práticas onde ele é feito.

Desta maneira, a humanização requer empoderamento das mulheres sobre seus próprios corpos e a retirada do médico do local de saber. A relativização do poder prevê a desmedicalização do parto e aproxima o momento, fantasiado por muitos como aterrorizador, de um evento mais humano. A diferença entre o parto humanizado com a presença da doula e a cesárea é evidenciado nos relatos das entrevistadas.

No primeiro parto, achei que tinha acontecido como tinha que acontecer, sofri todo tipo de violência, inclusive o abuso sexual da parte do médico. No segundo eu achei que sabia de tudo e infelizmente fui transferida para a mesma maternidade e passei por quase tudo, só não fizeram a episio [sic]. O terceiro foi humanizado, mesmo com pré eclampsia [sic], tive meus desejos respeitados, com meu companheiro e doula (Ent.31).

A mudança de paradigma que o parto humanizado propõe pretende alterar toda a visão dos profissionais sobre a mulher, que deixa de ser um objeto de manipulação. Contudo, Castro e Clapis (2005, p. 966) dizem de uma barreira construída por “fatores socioculturais e institucionais, reconhecendo como barreiras a medicalização do parto, a hegemonia médica e a falta de autonomia da enfermeira”, que, apesar de estar muito presente, acaba por ficar subjugada pelas decisões dos médicos. Dessa forma, entende-se que o processo de renascimento do parto, como um momento de humanização e autonomia feminina, exige a desconstrução de várias barreiras, entretanto se mostra possível.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou uma análise crítica dos vários aspectos que perpassam a violência obstétrica, entendendo alguns dos fatores importantes a serem trabalhados para promover melhor qualidade de atendimento às mulheres. Percebeu-se a importância dos estudos acerca da violência obstétrica, posto que, para evitá-la, é necessário tirá-la da invisibilidade, entendendo melhor porque, quando e como ela ocorre, e melhorando a conscientização das mulheres sobre seus direitos à uma assistência digna e respeitosa durante a gravidez e parto, possibilitando, assim, mais exigências a respeito de suas necessidades.

Por meio dos questionários com as mães foi evidenciada a alta taxa de ocorrência de práticas violentas por parte dos profissionais de saúde que, por sua vez, deveriam estar trazendo segurança e cuidado aos usuários dos serviços de saúde. Observam-se, a partir dos relatos colhidos nas entrevistas realizadas, posturas machistas por parte dos médicos, que demonstraram desrespeito e menosprezo, oprimindo e impossibilitando às mulheres de terem

um lugar de fala, autorizando diversos procedimentos invasivos e deixando-as submissas à seu parecer, muitas vezes sem consultá-las para solicitar a permissão de tais procedimentos ou inclusive para comunicá-las a respeito destes. Acredita-se que aqui, a indicação da necessidade da formação mais humanizada como necessária e urgente.

A partir do estudo realizado pode-se pensar na relevância da realização de uma futura pesquisa para verificar a grande incidência de violência obstétrica nos hospitais, tal qual o presente artigo sugere. Caberia um trabalho aprofundado nos hospitais públicos e privados do Brasil, com amostras representativas. Contudo, com os dados restritos encontrados pode-se pensar que, tanto no âmbito público, quanto privado, o sistema hospitalar de maneira geral privilegia os lucros e a praticidade, em detrimento do bem-estar da gestante, forçando então, cesarianas e empregando procedimentos abusivos para atender a maior quantidade possível de mulheres em um curto período de tempo. Além disso, nos atentamos para a quantidade de violência obstétrica associada a obstetras plantonistas, que não enxergam a gestante como sujeito, focando apenas na fisiologia do parto. Na medida que invisibiliza-se a mulher, faz-se o mesmo com a violência cometida contra ela.

Por meio de uma movimentação do governo, para a promoção de uma perspectiva humanizada em seus procedimentos, o SUS entende a saúde como estado de bem-estar físico, biológico e psíquico, e, dessa forma, auxilia o processo de humanização do contexto do parto, além de possibilitar uma menor incidência de violência obstétrica. Contudo, observou-se o não cumprimento do modelo por parte dos profissionais, que acaba por comprometer o processo do parto, prejudicando a saúde da parturiente de diversas formas.

Ademais, reparou-se a necessidade de pontuar que existem formas de se fazer o parto com o mínimo de intervenções possíveis e de maneira respeitosa com a mulher. O parto humanizado, técnicas de respiração, massagens na hora do parto, exercícios para fortalecer os músculos do períneo, são algumas das técnicas que facilitam o processo, porém, são pouco utilizados nos atendimentos em hospitais, em razão dos motivos anteriormente citados.

Em conclusão, percebe-se que muitas são as variáveis observadas à respeito da violência obstétrica e são diversos os aspectos a serem tratados a fim de promover uma diminuição das práticas violentas. Além das já citadas acima, existem algumas outras como a iniciação/apoio de programas que são designados a melhorar a qualidade do atendimento à saúde da parturiente, ou o desenvolvimento de estudos mais aprofundados a respeito, a fim de aumentar a visibilidade do assunto no campo acadêmico, com a tentativa de possibilitar melhor conscientização na formação dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- BARBOZA, Luciane Pereira; MOTA, Alessivânia. Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes no Brasil. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 1, n. 5, p.119-129, 2016. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/847/598>. Acesso em: 29 nov. 2019.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: Persona, 1977.
- BARROS, Bruno Mello Correa; RUVIARO, Rianne; RICHTER, Daniela. A violação dos direitos fundamentais na hora do parto: uma análise da autonomia e empoderamento da mulher. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas**, Bebedouro, SP, v. 5, n.1, p. 67-104, 2017. Disponível em: http://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/article/view/204/pdf_1. Acesso em: 14 Abr. 2018.
- BOWSER Diana, HILL Kathleen. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Boston: Harvard School of Public Health University Research, 2010. Disponível em: https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf. Acesso em: 14 Abr. 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books-MS/01-0420-M.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.
- BRASIL. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 04 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 01 dez. 2019.
- CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 6, p. 960-967, dez. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421850007.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018
- CUNHA, Alfredo de Almeida. Indicações do parto a fórceps. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p.550-554, dez. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n12/a2974.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2018.

CUNHA, Camila Carvalho Albuquerque. **Violência obstétrica**: uma análise sobre o prisma dos direitos fundamentais. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/10818>. Acesso em: 04 dez. 2019.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008

DINIZ, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822009000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 dez. 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S101-S116, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 20 abr. 2018.

FAUNDES, Aníbal; CECATTI, José Guilherme. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, jun. 1991. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000200003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2019.

FLORIANO, Francisco. **Projeto de Lei Complementar PLC 8.219/2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=79E6E60D7D9C0ACA4DCE3CE1A5BCFC8E.proposicoesWebExterno1?codteor=1591466&filename=Avulso+-PL+8219/2017 Acesso em: 20 abr. 2018.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO; SERVIÇO SOCIAL DO COMÉRCIO DE SÃO PAULO. **Mulheres brasileiras e gêneros nos espaços públicos e privado**. São Paulo: Fundação Perseu ABRAMO, 2010. Disponível em: https://fpabramo.org.br/publicacoes/wp-content/uploads/sites/5/2017/05/pesquisaintegra_0.pdf. Acesso em: 04 dez. 2019.

GONÇALVES, Aniandra Karol; MISSIO, Lourdes. Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da via de parto. In: ENCONTRO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 7., 2009, Dourados. **Anais [...]** Dourados: Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2009. Disponível: <https://anaisonline.uems.br/index.php/enic/article/view/1163/1185>. Acesso em: 22 abr. 2018.

MOTT, Maria Lúcia. As parteiras e a assistência ao parto em São Paulo nas primeiras décadas do século XX. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**, Rio de Janeiro, v. 163, n. 415, p. 67-84, 2002.

OLIVEIRA, Rosana. Fatores associados ao parto cesárea nos sistemas públicos e privado de atenção à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 734-741, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3610/361048760004.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 22 abr. 2018.

PAIVA, Aline. 'Conhecimento é a prevenção contra violência obstétrica', diz especialista: Seminário em Macapá discutiu as várias formas de violência contra grávidas. Cerca de 35 estudantes, técnicos e enfermeiros participaram de palestra. **G1 Amapá Rede Amazônica**, 19 out. 2015. Disponível em: <http://g1.globo.com/ap/amapa/noticia/2015/10/conhecimento-e-prevencao-contraviolenca-obstetrica-diz-especialista.html>. Acesso em: 29 nov. 2019.

PALMA, Carolina Coelho; DONELLI, Tagma Marina Schneider. Violência obstétrica em mulheres brasileiras. **Psico**, Porto Alegre: v. 3, n.48, p. 216-230, 2017. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6123768>. Acesso: 14 abr. 2018

SALIM, Natália Rejane et al. Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 4, n. 17, p.628-634, out. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/30358/19647>. Acesso em: 30 nov. 2019

SEIBERT, Sabrina Lins et al. Medicalização X humanização: o cuidado ao parto na história o cuidado ao parto na história. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, p.245-251, 2005. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a16.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

SERRA, Maiane Cibele de Mesquita. **Violência obstétrica em (des)foco: uma avaliação da atuação do Judiciário sob a ótica do TJMA, STF e STJ**. 2018. Dissertação (Mestrado em Direito) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018. Disponível em: <http://tede.ufma.br:8080/jspui/bitstream/tede/2159/2/MaianeSerra.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2019.

SIPIÃO, Jordânia; VITAL, Bruna. Violência Obstétrica: o silêncio das inocentes. In: ENCONTRO DE PESQUISA E EXTENSÃO DA FACULDADE LUCIANO FEIJÃO, 8., 2015, Sobral. **Anais** [...]. Sobral: Faculdade Luciano Feijão, 2015.

TEIXEIRA, Maria de Lourdes da Silva. **A doula no parto**. São Paulo: Ground, 2003.

TESSER, Charles Dalcanale et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em: 14 abr. 2018.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré natal no Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. 85-100, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2018.

WENZEL, Karine. Rede Pública Avança mais Rápido que a Privada. **Revista Diário Catarinense**, Santa Catarina, 2016. Disponível em: http://www.clicrbs.com.br/sites/swf/dc_hora_marcada_para_nascer/rede-publica-x-rede-privada.html. Acesso em: 14 abr. 2018

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão de narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, p. e155043, jul. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 dez. 2019.