VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Revisão Integrativa sobre as práticas abusivas nas instituições de saúde

Naiara dos Santos Farias
Enfermagem
Faculdade Anhaguera de Ciências e Tecnologia de Brasília
naiara-phb@hotmail.com

RESUMO

Toda mulher tem o direito de um pré-natal com qualidade para visar a saúde da mãe e especialmente do bebe, tendo como necessidade principal um acompanhe-te de sua preferência que vai estar ao seu lado durante toda a duração do período do parto, além de tudo a mulher deve ser tratada com dignidade onde suas integridades físicas e psicológicas deveram ser garantidas. A violência institucional vem se tornando um problema de saúde pública nos últimos anos, pois ocorre em todo ciclo gravídico-puerperal durante o atendimento dessas gestantes nas instituições de saúde. Seguindo esse sentido o presente trabalho vai realizar uma análise dos pontos principais que levam essas mulheres sofrerem esse tipo de violência cometida pelos próprios profissionais da área, trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa de acordo com o problema apresentada no decorrer do trabalho.

Palavras-Chave: Violência Obstétrica; Violência Institucional; Parto normal; Maus Tratos; Direito da Mulher, humanização.

ABSTRACT

Every woman has the right to a quality prenatal visit to the health of the mother and especially the baby, having as main need a follow-up of her preference that will be with her throughout the duration of the delivery period, besides of everything a woman should be treated with dignity where her physical and psychological integrity should be guaranteed. Institutional violence has become a public health problem in recent years, since it occurs in every pregnancy-puerperal cycle during the care of these pregnant women in health institutions. Following this sense, the present work will analyze the main points that lead these women to suffer this type of violence committed by the professionals of the area; it is an exploratory study with a qualitative approach according to the problem presented in the course of the work.

***Key-words*:** Obstetric Violence; Institutional Violence, Normal Childbirth; Mistreatment; Women's Rights, humanization.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho de vai discutir com propriedade sobre os problemas que norteiam determinados atos de crueldade com mulheres, que a partir do momento que se descobrem grávidas preparam-se para a tão esperada hora que é a chegada de seu bebe, porém durante todo esse processo essas mulheres deparam-se com muitas dúvidas, aflições, medo, alegrias e emoções. Portanto muitas vezes esse tão sonhado momento se torna uma situação de sofrimento, constrangimento, dor e até mesmo tortura.

O trabalho justifica-se pela temática abordada como assunto preocupante e de suma importância na conscientização individual e coletiva dos profissionais de saúde principalmente por quem sofre violência obstétrica, assunto esse que vem se tornando uma prática bastante comum dentro das instituições de saúde. As mulheres acometidas por atos de violência obstétrica, temem por maus tratos no seu momento de fragilidade, por desconhecerem o processo fisiológico de um parto, por questões culturais, baixa renda, analfabetismo entre inúmeros fatores que também influência nessa compreensão. Muito se tem falado em violência contra mulher, violência doméstica, sexual, verbal, entre outras que é cabível de pena judicial, mais até então o assunto violência obstétrica ainda tem se tornado um tema incerto para essas vítimas.

O tema proposto aborda como assunto principal as práticas abusivas que essas mulheres sofrem por estar em um momento tão delicado como a gestação, embora o termo violência obstétrica seja pouco discutido na sociedade brasileira sua vivência dentro das instituições hospitalares e muito comum, porém pouco é relatado pelas vítimas, deixando uma experiência traumática, difícil de lidar no decorrer da vida.

Entende-se que existe uma problemática em torno das violências ocorridas dentro das instituições de saúde. Diante do exposto, este estudo terá como base, a seguinte questão: Qual a análise sobre as práticas abusivas de violência obstétrica dentro das instituições de saúde? No decorrer do trabalho iremos realizar uma pesquisa de quais atos são recorrentes durante o parto dessas mulheres, e como se sentem ao passar por essa situação, utilizando assim como instrumento principal de informação não só para essas vítimas como também para toda sociedade.

O objetivo geral proposto visa uma apresentação referente as práticas abusivas de violência obstétrica dentro das instituições de saúde cometidos por profissionais da área, através de uma revisão bibliográfica com intuito extremamente acadêmico. Enquanto nos objetivos específicos terá como prioridade; analisar os fatores que estão associados a violência obstétrica,

apresentar condutas abusivas realizadas pelos profissionais de saúde, avaliar como a humanização pode influenciar no processo do parto.

Por muitos anos essas práticas relacionada ao pré- parto, parto e pós-parto estão sendo realizadas no atendimento a essas mulheres, hoje a uma grande discussão que gira em torno dessas situações para saber qual a necessidade desses procedimentos serem realizados praticamente de forma rotineira por profissionais da área. Esses profissionais precisam ter consciência que essas práticas que abusam do corpo dessas mulheres ferem a integridade pessoal, liberdade, honra e a dignidade dessas mães. No decorrer do projeto o intuito é discutir quanto a existência ou não de violência e a compreensão dessas mulheres em relação a isso, para eliminação dessa prática.

De acordo com abordagem do problema, esta pesquisa constitui-se em um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado a partir de revisões bibliográficas através de fontes secundárias com o intuito de visar o conhecimento do determinado tema, foram pesquisados artigos na base de dados - *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), *Revista Eletrônica de comunicação Informação e Inovação em Saúde* (RECIIS). Os artigos que entraram como critérios de inclusão foram todos os artigos originais relacionado ao tema proposto entre o período de 2005 a 2017, já nos critérios de exclusão foi descartado qualquer artigo que não tratava diretamente do assunto.

2. FATORES RELACIONADO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O cuidado oferecido à mulher durante o processo de parir sofreu muitas modificações através dos tempos, consequente da medicalização e institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina. No passado, o parto era assistido por mulheres em ambiente domiciliar, por parteiras, que eram pessoas de confiança da gestante ou de experiência reconhecida na cidade, que tinham algum saber acerca dos mecanismos fisiológico do parto.

Porém, a partir do século XX na década de 40, foi intensificada a hospitalização, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico puerperal, e o parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período. (MOURA; et al, 2016)

Contudo devido a esses fatos mencionado acima a mulher se tornou um objeto de estudo, pois a institucionalização do parto afastou essas mulheres não só do conforto do seu

lá, como também as deixou mais suscetíveis a sofrer algum tipo de agressão, levando a um tema pouco conhecido, mas que vem ganhado espaço com o passar dos anos.

A violência contra a mulher dentro das instituições de saúde, refere-se a qualquer ato relacionado ao sofrimento psicológico, físico e moral, logo podendo ser caracterizado como todo ato cruel cometido por profissionais de saúde utilizando de intervenções sem necessidade, acelerando assim os processos biológicos de um parto normal (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Esse termo corresponde ao abuso obstétrico, violência institucional, crueldade no parto, assistência desumanizada entre outros, que são utilizados para descrever as mais diversas formas de violências ocorrida na assistência puerperal. (DINIZ; et al, 2015).

Contudo na segunda década do século XXI, a violência obstétrica ganha visibilidade através de reportagens, documentários, isso tudo através de depoimentos de mulheres vitimadas daquela época, tornando-se um problema de saúde pública com intervenções conjuntas confirmada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), intitulada de " Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde". (DINIZ; et al, 2015, p.1).

Analisa-se que apesar de ser considerado um tema novo tem um impacto extremamente importante na mudança das práticas do cuidado no ciclo gravídico-puerperal.

No entanto, o período de 1980 no Brasil esse tema era abordado por feministas da época, que usavam experiências de vítimas mostrando de forma explicita como era vivenciado os partos que ocorriam nas instituições de saúde, o espelho de Vênus chegou a ser o pioneiro pois fazia um estudo descritivo dessas experiências. (DINIZ; et al, 2015)

> (...). Não é apenas na relação sexual que a violência aparece marcando a trajetória existencial da mulher. Também na relação médico paciente, ainda uma vez o desconhecimento de sua fisiologia é acionado para explicar os sentimentos de desamparo e desalento com o que a mulher assiste seu corpo ser manipulado quando recorre à medicina nos momentos mais significativos da sua vida: a contracepção, o parto, o aborto. (DINIZ; et al, 2015, p.2)

A violência institucional está inserida no cotidiano do trabalho hospitalar, definida sob dois aspectos um de omissão e outro de comissão. O primeiro está relacionado ao descaso no atendimento em relação as mulheres que procuram o sistema único de saúde (SUS) deixando de ser atendida suas necessidades daquele momento, e a comissão está relacionada aos procedimentos desnecessários ou até indesejáveis, englobando insultos e ameaças. (SANTOS; SOARES, 2010)

Dentre várias situações de violência relacionada a mulher durante o parto está caracterizada pela negligencia dos profissionais que a cometem, utilizando- se de tecnologias como de

procedimentos desnecessárias no ciclo gravídico e puerperal, não havendo consentimento da vítima ferindo assim seus direitos.

Pesquisas realizadas em diversos estados no Brasil evidenciaram autoridade extrema dos profissionais da área sob o corpo da mulher durante o parto, sendo uma das reclamações mais frequentes entre as puérperas. (ANDRADE; et al, 2016)

Um fator que ainda é apontando como importância extrema, são pacientes que vivem em situações sócio econômicas desfavorecidas essas são as maiores vítimas da ocitocina, imobilização no leito, posição litotômica no parto, e a famosa episiotomia, principalmente se elas forem negras em situação econômica desfavorecida, nordestinas e até estrangeira.

Não podemos negar que os avanços da tecnologia vêm trazendo qualidade a assistência obstétrica, porém muito se tem observado que a instrumentalização vem trazendo consigo a medicalização, tornando assim o parto como um problema, onde a intervenção médica se torna indispensável para se ter um parto saudável. (CASTRO; CAPLIS, 2005).

A humanização do parto está ligada a diminuição das cesarianas na melhoria do atendimento, de forma que possa ser resgatado um nascimento de forma mais natural possível.

Porém esse objetivo só pode ser alcançado após haver a desmedicalização da assistência, e claro com as mudanças de postura desses profissionais frente as necessidades das mulheres que precisam de um atendimento digno. (CASTRO; CAPLIS,2005)

> A instituição também tem que entender que não é fazendo anestesia de parto em todas as pacientes que se humaniza; e nem diminuindo o número de cesárias com o aumento de fórceps; muito menos somente pregando o aleitamento tem que se exclusivo; e sim uma reestruturação educacional com os profissionais; em cima de embasamento científico. (CASTRO; et al, 2005.p.966)

A enfermagem está ligada de forma direta com a humanização, pois contribuem com o que tem autonomia, porém no centro obstétrico é mais complicado pois existem muitas barreiras que impedem que a humanização seja posta em prática com essas mulheres, entre elas estão os próprios médicos que descartam uma terapêutica mais natural, colocando acima de tudo uma ciência baseada em procedimentos mecânicos químicos.

As condutas intervencionistas se revestem de uma suposta segurança, de modo que muitos médicos, por se julgarem detentores do saber científico, por vezes, julgam desnecessária fornecer a mulher informações acerca da gravidez, bem como de receber o consentimento da mesma.

2.1 A PEREGRINAÇÃO DAS GESTANTES NO CICLO GRAVÍDICO- PUERPERAL

Um fator considerável como violência institucional ou obstétrica, é a procura da mulher por uma instituição hospitalar que a acolha no momento do nascimento de seu bebe, esse importante fato está ligado a precariedade do atendimento na rede pública de saúde.

No Brasil em 27 de dezembro de 2007 a lei 11.634, garante o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá a assistência necessária para ter seu bebe, porém, a precarização da assistência a essas mulheres juntamente com a desigualdade relacionado a leitos obstétricos indisponíveis, torna-se evidenciado a falta de investimento na saúde pública do país. (RODRIGUES et al, 2015)

A jornada que essas mulheres vivenciam a partir do momento que se veem sem o acolhimento necessário para se sentirem protegidas, pode estar contribuindo para problemas futuros relacionados a elas, e também aos seus conceptos, trazendo sérios riscos de vida, por não conseguirem atendimento em tempo hábil, fazendo com que os índices de mortalidade materna infantil venham aumentando a cada ano.

Seguem alguns depoimentos a respeito:

> Quando estava começando as dores, umas dores diferentes e aumentando fui para o hospital e não me atenderam e logo fui para outro, em outra cidade, e também não me atenderam e vim para essa maternidade que estou....
> Falaram para procurar outra maternidade e não tinha vaga para internação(...) foi uma falta de respeito comigo, teria de me atender e ter uma vaga e procurar outro hospital(...) foi um caos(...). E nunca mais quero passar por essa situação, em que não consegui vaga por falta de cama. (RODRIGUES; et al, 2015.p.616)

Observa-se de acordo com os relatos acima, que alguns fatores foram determinantes para ocorrência do não atendimento a essas mulheres, primeiro relato esta referindo-as condições estruturais das unidades de saúde que não estão preparadas para receber essas mulheres, e o segundo refere-se a distância percorrida até chegar a uma unidade com leitos disponíveis para o atendimento especializado, comprometendo assim o nascimento desses bebes.

A falta de respeito, a recusa de atendimento está inserida no dia-a-dia de alguns profissionais, contribuindo para uma realidade na assistência obstétrica, como desrespeito, maus tratos que podem ser observados nessas gestantes durante seu processo de busca por atendimento.

> O cúmulo do absurdo foi o médico falando grosso comigo, me dando um esporro por essa situação, e no final acho que saí como culpada, mas logo saí dali e fui com um amigo para outro hospital, pois ali não teria nenhuma atenção de ninguém. Um descaso. (PS36) E comecei a reclamar e o enfermeiro começou a me reprimir e me insultar, falando que tinha que ver isso antes, e como eu iria ver isso? Um grosso, um desrespeito comigo e por conta da minha fragilidade, me senti culpada na hora, mais depois pensei que eles estavam errados, e não eu. (PS39) (RODRIGUES; et al, 2015.p.618)

Esses profissionais devem passar por uma reflexão de suas atitudes, pois o não acolhimento dessas mulheres configura uma conduta inadmissível diante do código de ética de cada profissional.

Afinal, a jornada dessas mulheres a procura de leitos nas instituições de saúde no Brasil tornou-se um obstáculo característico da má assistência prestada durante o pré-natal a essas gestantes, uma vez que, conforme Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispões que é direto da mulher ter como informação principal qual a maternidade receberá assistência no processo parturitivo, evitando a peregrinação no pré-parto e parto, evitando consequentemente complicações para ambos.

3. CONDUTAS QUE REPRIME AS MULHERES NO PARTO

Os profissionais de saúde em especial os médicos e enfermeiros como toda equipe são responsáveis por uma assistência digna a suas pacientes, que por muitas vezes se descrevem em situações em que as mulheres são usadas como objetos de estudos por residentes médicos para a realização de episiotomia com fins acadêmicos sem o consentimento da vítima, desrespeitando assim seu corpo. (DINIZ, SALGADO et al, 2015)

Ainda de acordo com Diniz, Salgado et al. Os estudos apontam que as mulheres selecionadas para esses tipos de procedimentos com aperfeiçoamento na técnica de episiotomia, fórceps e cesárias, depende muito do seu nível social, ressaltando que quanto maior a mulher for vulnerável mais humilhante será o tratamento oferecido a ela. O que se torna algo lamentável ver essas mulheres terem suas dignidades desrespeitada pelo simples fato de estarem desamparada naquele momento ou simplesmente serem vítimas da sua própria ignorância.

Sendo assim mulheres que tem suas gestações sem complicações acabam sendo negligenciadas por serem submetidas a intervenções desnecessárias e prejudiciais ocasionando mais danos do que benefícios a saúde da mãe e do bebe, demandando uma sequência de cesarianas, caracterizando assim um nascimento patológico que precisa ser tratado e mudado para um novo modelo de assistência. (SANTOS, NICÁCIO et al, 2017).

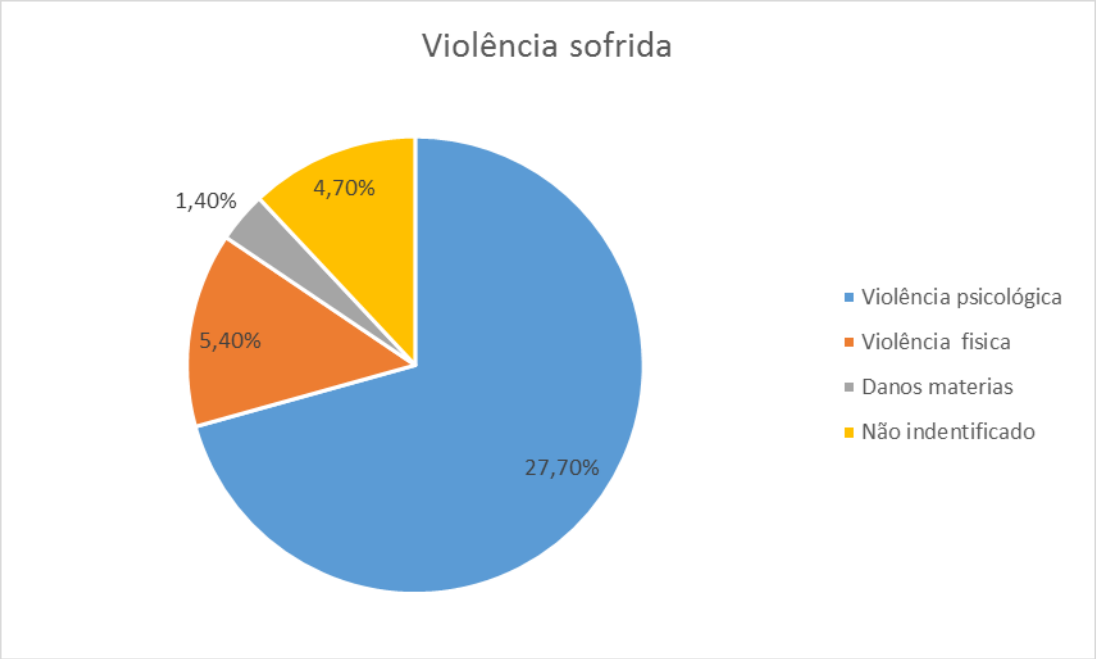
Quanto aos procedimentos realizados em mulheres no puerpério percebe que na sua grande maioria ferem os direitos da mulher, como determinação de posição, manobras de Kristeller, episiotomia, ponto do marido, administração de ocitócicos como acelerador do trabalho de parto, intervenções com finalidade didática, manobra de valsava, restrição da

posição do parto, restrição de alimentação e hidratação, todos esses atribui o poder de decisão aos profissionais de saúde, além de constituir uma forma de violência física à parturiente e ao bebê.

> No ano de 2002, mais de 38.000 recém-nascidos e 2000 mulheres morreram no país por complicações no ciclo gravídico-puerperal e em decorrência de abortos. Nesse sentido, ocorrem mais de 500.000 óbitos maternos no mundo, mais de 50 milhões de mulheres sofrem doenças ou sequelas relacionadas com a gravidez, e pelo menos 1.200.000 recém-nascidos morrem por complicações durante o ciclo gravídico puerperal. A hegemonia do saber científico dos médicos, sobre a mulher deve com base nos resultados recentes, adquiridos de estudos realizados na área, comprovados por evidências científicas, serem questionados, a fim de que haja uma reformulação na forma de lidar com o processo fisiológico do parto. (MOURA; 2007, p. 453).

Sendo que as intervenções desnecessárias são responsáveis pelo maior número de infecções, que resultam em novas complicações que exigem nova intervenção médica. (MOURA; et al, 2007)

Segue o gráfico que comprova a violência sofrida pelas mulheres (%)



Fonte: (MOURA; et al 2007)

Levando em conta as evidências citada acima, não podemos deixar que sabedoria médica governante use os conhecidos fatores de risco, que seria a preocupação com a segurança da puérpera e seu concepto, como forma de justificativa a medicalização do processo natural de nascimento, desconsiderar qualquer possibilidade divergente do normal.

3.1 DISTINGUINDO A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A violência obstétrica não é algo fácil de ser reconhecido primeiro por que a maior parte das mulheres não sabem nem que existe, segunda porque a maior parte dessas condutas se revelam de inúmeras maneiras, com diferentes características, e por muitas vezes essas mulheres chegam a pensar e considerar normal e rotineira as atitudes desses profissionais, chegando a ser esperadas por elas. Esses atos que afetam o corpo dessas mulheres, provocando dor e até prejuízo físico (de grau leve a intenso), sem embasamento cientifico, caracteriza violência física. Já as condutas verbais e comportamentais, que desenvolvem nessas mulheres sentimentos de fragilidade e desamparo, são de natureza psicológica.

Quando as condutas desses profissionais forem conduzidas a infringir a intimidade ou então sua integridade física, com toques nas partes íntimas, estará configurada a natureza sexual dessa violência. Porém, quanto à maneira de organização da instituição for de modo a torna difícil ou até mesmo chegar ao ponto de impedir o acesso das puérperas aos seus direitos legalmente garantidos, estará configurando violência institucional.

A seguir temos um relato baseado em fatos:

> "A episiotomia é a operação obstétrica mais frequentemente realizada no ocidente. É uma das maneiras mais dramáticas e intensas em que o território do corpo das mulheres é apropriado, a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Ela representa o poder da obstetrícia: os bebês não podem sair sem que as mulheres sejam cortadas. Ela evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, e é uma forma de ritual de mutilação genital" (DINIZ; 2001.p 42)

Em uma pesquisa intitulada "Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento" em que foi constatado que mulheres que são atendidas no SUS (Sistema Único de Saúde) estão mais indefesas e vulnerais aumentando a chance de sofrerem violência obstétrica, mas não podemos dizer que aquelas que são atendidas pela rede privada estão livres de serem vítimas de violência. (FAUSTINO; et al, 2016).

O que ocorre é que nos hospitais privados essas gestantes nem mesmo chegam a entrar em trabalho de parto, pelo fato de já terem suas cirurgias agendada seguindo direto para a sala de cirurgia, onde são submetidas a cesáreas eletivas desnecessárias. Alguns mitos na gestação estimulam essas mulheres a tomarem uma decisão em questão da escolha do parto, muitas delas já chegam com a decisão tomada, outras são influenciadas pelo profissional que as acompanha durante o pré-natal, tornando as orientações decisiva para a escolha, como uma falsa indicação de cesariana, falta de dilatação, bacia estreita, parto seco, parto demorado, não tem dilatação entre outras informações passadas as essas gestantes.

Foi publicada em 2016 pela Agência Nacional de Saúde (ANS) dados acerca dos partos que ocorrem no Brasil, de modo que podemos concluir que foram realizados 569.118 partos na rede credenciada, em todo Pais, sendo que 481.571 foram cesarianas o que corresponde 84,6% dos partos que ocorreram por intermédio de convênios médicos, foram as cesarianas, ou seja comparando ao ano anterior 2014 que houve uma queda de 1% na taxa de cesárias realizadas pelos planos de saúde. (FAUSTINO; et al, 2016)

Vale ressaltar que um debate diante da sociedade a fim de esclarecer dúvidas conscientizando as mulheres, a respeito dos procedimentos abusivos, que de modo normalmente são apontados como naturais ou normais no entendimento dessas mulheres, que na maior parte das vezes não tem a noção de que estão sendo vítimas de violência institucional ou obstétrica, pois as circunstâncias que envolvem a gestação deixam a mulher vulnerável ao recebimento desses procedimentos

3.1.1 Mecanismo de Proteção à Vítima de Violência Obstétrica

Todas as puérperas têm direito de receber as informações necessárias sobre a sua saúde e também do bebê, sobre os procedimentos indicados e realizados, em linguagem clara e precisa de modo respeitoso e compreensível onde a mesma possa entender o que está acontecendo na sua atual situação.

A equipe multiprofissional tem o dever de explicar a finalidade de cada intervenção ou tratamento, assim como também os riscos ou possíveis complicações que a mãe ou o seu bebe possam vir a ter durante sua internação, bem como as alternativas disponíveis para ajudá-la. Pois, será com base nessas informações passadas a ela, que essas mulheres terão o direito de recusar-se a tratamentos ou procedimentos em seu corpo.

De acordo com pesquisas realizadas em 2010 uma entre quatro mulheres sofrem de violência durante o parto, entre elas estão pacientes em situação econômica desfavorecida que são atendidas por hospitais públicos, nordestinas, portadoras de HIV, prostitutas, usuárias de drogas, mulheres solteiras, adolescente, negras, estrangeiras entre outras. Tais violências e desrespeito foram comprovadas através de teste chamado de " Teste de Violência Obstétrica" onde os mesmos foram respondidos por mais de duas mil mulheres em 2012. (SILVA; et al, 2014).

Baseado nas informações colhidas o Ministério da Saúde lança o programa de humanização no pré-natal afim de garantir os direitos das mulheres no seu ciclo gravídico e puerperal.

Ainda de acordo com a OMS as mulheres devem ter seus partos sem nenhum tipo de indução, o acontecimento deve ocorrer de forma espontânea sem nenhuma intervenção mecânica ou química, dando total liberdade a mulher de se movimentar livremente, de manifestar suas emoções sem nenhuma repressão grosseira ou desrespeitosa. (ANDRADE; et al, 2016).

Além do mais, todos esses direitos são garantidos pelos Direitos humanos:

> Praticar o desrespeito e abuso durante o pré-natal e parto são violações dos direitos humanos básicos das mulheres. Todos esses direitos são baseados em instrumentos de direitos humanos internacionalmente estabelecidos, incluindo: Declaração Universal dos Direitos Humanos; Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais; Pacto Internacional Sobre Direitos Civis e Político; Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres; Relatório do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos sobre a Prevenção da Morbimortalidade Materna e Direitos Humanos; Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres, Pequim 1994. (SILVA, et al, 2014.p.721).

Sendo assim a mulher está amparada em todos os sentidos, cabe a ela procurar seus direitos quando se sentir lesada de alguma forma. As assistências nas maternidades são definidas pelas parturientes como boa ou ruim relacionado ao suporte e ações, a presença ou não de profissionais na maior parte do tempo e também a comunicação que por muitas vezes se restringe em poucas palavras, se tornando um dos fatores mais significativos tanto para as pacientes como para seus familiares. (AGUIAR; OLIVEIRA, 2011)

De acordo com a lei 8.080 de 1990 constitui o sistema único de saúde que traz o princípio de universalidade e atendimento, destacando um anexo importante da lei 11.108/2005, assegurando o direito da mulher ao acompanhante de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. (SOUSA; et al, 2016)

Neste sentido, foi editada a Portaria nº 2.418/2005 do Ministério da Saúde:

> Art. 1º Regulamentar em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. (SOUSA; VALENTE, 2016, p 03)

Sendo assim não cabe aos hospitais, realizar uma interpretação da lei, mas, apenas executa-la. Visto que, a norma é explícita no sentido de que a mulher tem direito ao acompanhante no trabalho de parto, ou seja, o acompanhante pode e deve assistir qualquer tipo de parto, pois a lei não faz nenhum tipo de especificação, porem o problema continua, pois não a fiscalização e nem punição para aqueles que insistem em descumpri-la.

4. A IMPORTÂNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO NASCIMENTO

A Humanização do parto acarreta principalmente no desempenho do profissional que respeita a fisiologia humana, ou seja, não intervindo sem necessidade no processo normal da parturiente, reconhecendo assim nos aspectos sócias e culturais do parto e do nascimento, promovendo a saúde, suporte emocional a mãe e ao bebê, facilitando os laços entre eles.

O termo humanizar, vem sendo utilizado, na assistência ao parto por muitos anos, e seus conceitos difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional, objetivando recuperar o parto como evento familiar e natural e unir aos benefícios das modernas evidências científicas. (DINIZ,2005)

A OMS (Organização Mundial da Saúde), resolveu propor em suas diretrizes que a finalidade da assistência é alcançar como objetivo principal uma mãe e um bebê mais saudáveis com o mínimo possível de intervenção que interfira na segurança de ambos, reduzindo, assim, a taxa de mortalidade neonatal.

> Na assistência humanizada, evitam-se procedimentos desnecessários e somente são realizadas intervenções cuja efetividade e segurança tenha sido demonstrada por estudos científicos bem conduzidos, seguindo os postulados do que costumamos denominar "Medicina Baseada em Evidências". Práticas ultrapassadas como jejum, tricotomia (raspagem dos pelos) e enteróclise (lavagem intestinal) não devem ser adotadas. Deve-se permitir e encorajar que a mulher assuma a posição que desejar durante o trabalho de parto. A presença do acompanhante deve ser estimulada, sabe-se 8 que as mulheres se sentem mais seguras e confortáveis quando acompanhadas por alguém de sua família ou de seu grupo de amigas. A presença do acompanhante resulta em menor dor para a parturiente e reduz as intervenções desnecessárias. Estimulam-se as posições não-supina para o parto e deve ser evitado o parto na posição convencional, de litotomia (popularmente conhecida como de "frango assado"). São usados métodos não-farmacológicos para alívio da dor, e analgesia é realizada em casos selecionados, caso a parturiente solicite. Evita-se a episiotomia de rotina, isto é, o "corte" no períneo que teoricamente se acreditava facilitar a saída do bebê, porém hoje em dia se sabe que não é necessário de rotina… e pode ser prejudicial. Imediatamente depois do parto o bebê deve ser colocado nos braços da mãe, aquecido e secado em seu colo, estimulando-se a amamentação na primeira meia hora de vida. Mas em todos os momentos se deve considerar as características e expectativas daquela parturiente. (CAVALCANTE, 2016, p 07)

É indispensável relatar que a humanização da assistência ao parto, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecendo assim suporte emocional à mulher e toda a sua família. Outros aspectos se referem à liberdade da mulher durante todo o processo de parir, com elaboração de um plano de parto que seja respeitado pelos profissionais da área da saúde que a assistirem; de ter um acompanhante de sua escolha; de serem informadas sobre todos os procedimentos a que serão submetidas; e de ter os seus direitos de cidadania respeitados.

O parto humanizado tem um amplo conjunto de interpretação de forma que, pode ser compreendido como aquele que é realizado com menos intervenções médicas e farmacológicas possíveis, respeitando o tempo físico e psíquico de cada gestante, sempre ocorrendo em um lugar respeitoso e aconchegante mantendo sempre sua privacidade, sendo informada de todos os procedimentos que possam ser realizados em seu corpo. (CARNEIRO, 2011)

Por isso, resumidamente, no interior desse ideário procura-se:

> Mostrar os riscos à saúde de mães e de bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas, resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais, revalorizar o nascimento, humanizando as posturas e condutas em face do parto e do nascimento, e incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos e aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento. (CARNEIRO, 2011, p 21)

Ainda dando continuidade ao que foi citado acima, a humanização do parto nos dias moderno, formula-se que todas as iniciativas têm criticado o fato do Brasil ser o recordista mundial de cesarianas, tornou-se o "modo normal de parir" ou o "parto típico" nacional, apontando para os resultados dessa situação tanto para as mulheres quanto para as crianças. (CARNEIRO, 2011)

Humanizar o parto é dar direito às escolhas dessas mulheres, proporcionando um atendimento direcionado a suas necessidades, onde essa mesma mulher venha ter mais autonomia sobre suas escolhas, quem estará ao seu lado no momento do parto, em que instituição hospitalar será o parto e até mesmo qual será o profissional que atenderá no parto, coisa que não acontece com mulheres atendidas nas redes públicas, nesse tipo de parto a presença de um acompanhante e essencial, a gestante tem orientações como mudar mais de posições, ou até escolher a posição mais adequada para o período expulsivo, facilitando assim o nascimento do concepto.

4.1 A IMPORTÂNCIA DO APÓIO EMOCIONAL NO PARTO- DOULAS

Assim como o companheiro tem importância primordial na hora do parto para a mulher onde ela tenha uma maior satisfação na hora de parir, atualmente podemos recorrer também ao auxílio de profissionais especializadas, chamadas de doulas, essas mulheres harmonizam um suporte afetivo e emocional, e integra a rede de suporte social, essas profissionais são treinadas

com procedimentos de assistência à parturiente, oferecendo apoio emocional e suporte físico e afetivo antes, durante e após o parto. (SILVA, 2011).

Ainda de acordo com Silva (2011); podemos dizer que competem a doulas as seguintes funções:

> Antes do Parto:
> • Esclarecer e informar a respeito da formação e desenvolvimento do bebé e o corpo da grávida (modificações) - o reflexo dessas mudanças em relação ao companheiro e adaptação no dia-a-dia;
> •. Eliminar algum tipo de dor que a nova postura possa trazer;
> •. Despertar na grávida uma melhor conscientização do corpo através de técnicas de expressão corporal;
> •. Realizar sessões de massagens e relaxamento, buscando interiorização, um momento único, silencioso e prazeroso com seu bebé; 75
> •. Ensinar técnicas de respiração para controlo da dor, exercícios de alongamento e fortalecimento para a região lombar, pernas, musculatura da região pélvica, preparo do corpo para o momento do parto;
> •. Abordar temas, como: o que é dor, contrações, posições, depoimentos e outras grávidas a respeito das suas experiências e sentimentos vivenciados;
> •. Orientar nas decisões do casal quanto às escolhas em relação ao momento, tipo e local do parto, mostrando as suas vantagens e desvantagens, possibilitando ao casal uma escolha consciente e responsável;
> •. Explicar os termos médicos, procedimentos hospitalares e possíveis intervenções.
> Durante o Parto:
> •. Auxiliar a parturiente acerca das posições mais confortáveis para o trabalho de parto e parto, ajudar nas técnicas de respiração e medidas para aliviar a dor, como por exemplo, banhos quentes, massagem relaxante entre as contrações, entre outros procedimentos que auxiliam e facilitam o nascimento do bebé;
> • Dar proteção a mulher para que ela tenha seus desejos, sua privacidade e seus direitos respeitados;
> •. Acompanhar a parturiente desde o início do trabalho de parto, diminuindo a tensão provocada pelo ambiente hospitalar e pela presença de muitos profissionais desconhecidos no momento do parto;
> •. No pós-parto imediato permanecer com a mãe, de forma a orientar na primeira mamada.
> Pós-parto (Puerpério):
> •. Oferecer apoio em relação à amamentação e aos cuidados com o bebé, banho, troca de fralda, nutrição da mãe em razão do aleitamento;
> • Exercícios pós-parto, que visam à recuperação do assoalho pélvico; 76 • Promover técnica de massagem em bebés – "Shantala" –, e ensiná-la aos pais (de modo a aumentar a intimidade dos pais com o filho). (SILVA, 2011, p 74)

Ainda assim dizemos que a doulas vem dar assistência as mulheres que tem o desejo de um parto normal e natural, sem a necessidade de intervenções medicas, procurando sempre está próxima a gestante, para facilitar no trabalho de parto, através de técnicas, propiciando um momento tranquilo e único para a parturiente, vivenciando o momento do parto de forma sensível, reduzindo sempre a tensão e o nervosismo da gestante, dando chance ao companheiro de colaborar com um momento tão especial e único. Essa proximidade das doulas traz

segurança as essas mulheres, principalmente psicológica, pois a confiança estabelece um vínculo onde a parturiente se sente à vontade expressar suas emoções.

4.1.1 Diretrizes que contribuem para Humanização do Parto Normal

A precariedade de Atenção à Saúde Materno-Infantil no país, o Programa de Humanização do Sistema Único de Saúde, referente ao Pré-natal e Nascimento, pode ser um marco importante, apesar das dificuldades encontradas em sua efetivação.

No final do século XX, aumenta em todo o mundo um movimento que oferece uma assistência que se baseia na evidência de experiências vividas por mulheres, defesa e eficiência dos procedimentos, em todas as especialidades médicas. No caso do atendimento à gestação e ao parto, esta preocupação é ainda mais essencial, uma vez que, diferente das outras especialidades, estas práticas irão interferir sobre mulheres e crianças supostamente saudáveis, e num processo supostamente normal, o parto. (DINIZ, 2001)

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997) desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas através de pesquisas feitas no mundo todo. Vejamos: (SILVA,2011)

> A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas:
> 1.O plano de parto deve determinar onde e por quem o parto será realizado, devendo ser elaborado durante a gravidez pela mulher e pelo marido/ companheiro.
> 2.Os fatores de risco da gravidez devem ser avaliados ao longo da mesma, devendo ser reavaliados até ao momento do parto.
> 3.O bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto deve ser monitorizado.
> 4.Deverão ser fornecidos líquidos por via oral à mulher durante o trabalho de parto e o parto.
> 5.Devem ser fornecidas todas as informações sobre as possíveis escolhas do local de parto e deve respeitar-se a decisão final tomada pela mulher.
> 6.Deve ser fornecida assistência obstétrica na periferia do local de parto escolhido (...)
> B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas:
> 1. Recurso rotineiro ao enema/clister.
> 2. Recurso rotineiro à tricotomia (raspagem dos pêlos púbicos).
> 3. Infusão intravenosa rotineira no trabalho de parto.
> 4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
> 5. Uso rotineiro da posição supina (deitada) durante o trabalho de parto.
> 6. Exame rectal.
> 7. Uso de pelvimetria radiográfica (medição do diâmetro da pelve / pélvis).
> 8. Administração de oxitocina a qualquer momento antes do parto, de tal modo que o seu efeito não possa ser controlado.
> 9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e o parto.
> 10. Esforços excessivos de expulsão durante o parto (...)

> C) Condutas utilizadas com insuficientes evidências que apoiem a sua clara recomendação e que devem ser utilizadas com precaução até a conclusão de novos estudos:
> 1.Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como o recurso a ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
> 2.Recurso rotineiro a amniotomia (rompimento cirúrgico das membranas fetais = "bolsa das águas") durante o início do trabalho de parto.
> 3.Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e o parto.
> 4.Manobras relacionadas com a proteção do períneo e com o manuseamento do pólo cefálico no momento do parto.
> 5.Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
> 6. Utilização de oxitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação (...)
> D) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriada:
> 1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.
> 2. Controlo da dor por agentes sistémicos.
> 3. Controle da dor através de anestesia epidural.
> 4. Monitorização electrónica do feto. (...) (SILVA,2011, p77)

O programa citado acima apresenta políticas de autonomia e de reconhecimento dos direitos humanos, baseadas nas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS). Portanto, as transformações práticas encontram resistências, sendo sustentado a assistência que afasta e exclui, na ideia em que contraria a ética que deveria ampará-lo.

Portanto observou-se que algumas dessas práticas que foram adotadas no modelo de atenção do Grupo A, como é o no caso de um acompanhante de escolha da mulher, já no grupo B são mais comuns nas maternidades brasileiras como por exemplo a raspagem de pelos, a lavagem intestinal e o jejum, e no Grupo D, as altas de taxas de cesariana e episiotomia. Logo podemos dizer que, impedir mortes consideradas evitáveis e melhorar a saúde materna é uma das importâncias principal de interesse nacional em relação à garantia dos direitos das mulheres no campo da saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa revisão integrativa, concluiu-se que a violência obstétrica continua predominante nas unidades de saúde de todo o país ao longo do período parturitivo, desvalorizando a mulher como personagem principal no ciclo gravídico-puerperal. Dessa maneira, a pesquisa traz como suma importância minimizar as práticas que prejudicam à saúde da mulher e do bebê praticadas por profissionais da assistência à saúde através de diretrizes estratégicas para a concretização de programas e políticas públicas nacionais voltadas à assistência integral.

A assistência à mulher no período gravídico puerperal no Brasil ainda está focada no modelo médico, que tem colaborado para a continuidade e aumento do número de procedimentos invasivos e intervencionistas durante o período do trabalho de parto, muitas vezes de forma desnecessária e sem a participação da mulher e de sua família, tendo como consequência uma assistência negativa nos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal, que ainda ocorre nas maternidades.

Afirmamos também que a violência obstétrica é caracterizada por casos de negligência médica, violência física, verbal e sexual, como também pela realização de procedimentos médico-hospitalares considerados desnecessários ou prejudiciais, sem o consentimento da parturiente, fabricando riscos com o objetivo de causar um parto cirúrgico desnecessário.

Sendo necessário que haja uma mudança de paradigma, de forma que garanta os cuidados necessários para um atendimento digno a essas parturientes. Essa mudança, contudo, apesar dos esforços da OMS, da Secretaria de Saúde e dos organismos internacionais, ainda não ocorreu na maior parte das instituições brasileiras que fazem assistência às gestantes em trabalho de parto, uma vez que são escolhidas as necessidades dos profissionais ao invés das necessidades das pacientes.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao final de uma graduação e a sensação de realização de um sonho, este que para se realizar foram necessárias muitas lágrimas, muitas noites em claro, muitas risadas em momentos de desespero, e hoje o sentimento que transborda é gratidão.

Gratidão primeiramente a Deus que esteve ao meu lado, me ajudando a suporta todas as dificuldades durante esses 5 anos de graduação, e por ter colocado em minha vida anjos que me impulsionaram no momento de fraqueza e nunca me deixaram desistir, por ter me mostrado a profissão que eu deveria seguir, ter me sustentado quando eu não tinha mais forças físicas para continuar, por fazer florescer em meu coração o amor pela enfermagem, e me feito entender que "...Todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus, daqueles que são chamados segundo o seu propósito" (Romanos 8.28).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Priscyla de Oliveira Nascimento; SILVA, Jéssica Queiroz Pereira; DINIZ, Cinthia Martins Menino; CAMINHA, Maria de Fatima Costa. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. 9 p. **Biblioteca Virtual de Saúde**, Recife; 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf . Acesso em: 06 de fev.2017

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência Obstétrica: a Dor que cala**.** 7p. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**, Londrina; 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf .Acesso em: 06 de fev. 2017.

AGUIAR, Janaina Marques; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Luca. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias**.** 13 p. **Comunicação Saúde e educação,** São Paulo; 2011. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf. Acesso em 06 de fev. 2017.

CASTRO, Jamile Claro; CLAPIS, Maria José. Parto Humanizado na percepção das Enfermeiras Obstétricas Envolvidas com a Assistência ao Parto**.** 8p. **Revista latino- am em Enfermagem**, Fortaleza; 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf. Acesso em 29 de agos. 2017

CAVALCANTE, Lívia de Araújo. O Parto no Brasil: Pressuposto para uma assistência Humanizada à Gestante e ao Nascituro. 12 p. **Arquivos CRM- PR,** Paraná; 2015. Disponível em: http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/arquivos/article/view/761/745 . Acesso em 28 de Set de 2017.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. **Cenas de Parto e Políticas do Corpo: Uma etnografia de Práticas Femininas de Parto Humanizado.** 2011. 341 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)- Universidade Estadual em Campinas, São Paulo, 2011. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/280585/1/Carneiro_RosamariaGiatti_D.pdf . Acesso em 28 de Set de 2017.

DINIZ, Simone Grilo; SALGADO, Heloisa de Oliveira; ANDREZZO, Halana Faria de Aguiar; CARVALHO, Paulo Galdino Cardin; CARVALHO, Priscila Cavalcante Albuquerque; AGUIAR, Cláudia Azevedo; NIY, Denise Yoshie. Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil. 8 p. ***Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano***, São Paulo, 2015, n. 01, 08. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em 06 de fev. 2017.

DINIZ, Carmen Simone. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto: um estudo qualitativo.** 2001. 264 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível: http://ses.sp.bvs.br/lis/resource/16950#.Wb2VplXR_IU. Acesso em 16 de set. 2017.

DINIZ, Carmem Simone Grillo. Humanização da Assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. 7.p. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2005, n 01,07. Dispo-

nível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019 Acesso em 28 de set. 2017.

FAUSTINO, Hélia Ribeiro; GOIS, Roderlei Nabig. Violência Obstétrica. 13p. **Revista Latino Am em Enfermagem**, Brasília; 2016 , n. 01,13. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121/1079. Acesso em 16 de set. 2017.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; CRISOSTOMO, Cilene Delgado; NERY, Inês Sampaio. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. 4.p. **Revista Brasileira de enfermagem REBEN**, Teresina, ano 2007, n 01,04. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf. Acesso em 09 de set. 2017

RODRIGUES, Diego Pereira; ALVES, Valdecir Herdy; PENNA, Lucia Helena Garcia; PEREIRA, Audrey Vidal; BRANCO, Maria Bertilla Lutterbach Riker; SILVA, Luana Asturiano; A peregrinação no Período Reprodutivo: Uma violência no campo obstétrico**.** 7 p. **Biblioteca Virtual em Saúde**, Rio de Janeiro, ano 2015, n 01, 07. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf. Acesso em 29 de agost. 2017

SILVIA, Michelle Gonçalves da Silva; MARCELINO, Michelle Carreira; RODRIGUES, lívia Shélida Pinheiro; TORO, Rosário Carcaman; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Violência Obstétrica na visão das enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, São Paulo, ano 2014, n.820, 828. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/1121/1079. Acesso em 06 de fev. 2017.

SANTOS, Andressa Heringer Lohan; NICÁCIO, Marina Caldas; PEREIRA Adriana Lenho de Figueiredo; OLIVEIRA, Tamara Cristina da Matta; PROGIANTI, Jane Márcia. Práticas de Assistência ao parto normal: Formação na modalidade Residência**.** 9 p. **Biblioteca Virtual da Saúde**, Recife; 2017. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9963/pdf_2080. Acesso em: 06 de fev. 2017.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro; SOARES, Julia de Cássia Nunes; NOGUEIRA; Luciana Ferreira; ARAÚJO; MESQUITA; Gerardo Vasconcelos; LEAL; Clara Francisca dos Santos. Violência Institucional; Vivências no Cotidiano da equipe de enfermagem**.** 7 p. **Revista Brasileira de enfermagem REBEN**, Teresina; 2010. Disponível em; http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a13.pdf. Acesso em;29 de agos. 2017.

SOUZA, Agnnes Caroline Alves; VALENTE, Marcio Bruno Barra. Violência Obstétrica: Um desafio para Psicologia.11p. **Humanea Questões e controversas do mundo contemporâneo,** Belém; 2016. Disponível em: http://www.humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/521. Acesso em: 17 de set de 2017

SILVA, Ana Carolina de Sousa. **Vivências da Maternidade: Expectativas e Satisfação das Mães no Parto.** 2010. 188f. Tese (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Portugal, 2011. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/18015?mode=full . Acesso em: 29 de set de 2017.

TEXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha**.** Parto hospitalar- experiências de mulheres da periferia de Cuibá- MT. **Revista Brasileira e Enfermagem,** Mato Grosso, ano 2006, n.740, 744. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf. Acesso em:06 fev. 2017.