

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: Uma expressão nova para um problema histórico

Fabiana Lopes Martins, Bruno de Oliveira Silva, Fábio Luiz Oliveira de Carvalho, Dalmo de Moura Costa, Lucio Rogerio Pelizer Paris, Luis Roque Guidi Junior, Deolinda Marcia Pompeu Bueno, Marina Leitão David

RESUMO

O momento do parto constitui um momento único na vida da mulher, é um momento recheado de grandes emoções e transformações. Nesse momento, a mulher deve ser acolhida e protegida pelos profissionais que a assiste. No entanto, em muitas maternidades do Brasil, não é exatamente isso que acontece, as mulheres sofrem no momento do parto por serem agredidas, por não terem a sua autonomia respeitada, e o momento que deveria ser único e sublime, é muitas vezes, traumático a ponto de muitas mulheres não quererem engravidar mais. O estudo objetivou identificar a violência obstétrica nas interfaces da assistência à saúde, além de avaliar o conhecimento das mulheres acerca do tema abordado, na tentativa de buscar ações e medidas para humanizar o parto, como forma de erradicar a violência obstétrica. Espera-se, com esse trabalho, conscientizar as mulheres a respeito da violência obstétrica, ajudando-as a identificar atos que possam ser considerados violência, bem como sensibilizar os profissionais a adotarem medidas para humanizar o parto, para proporcionar a essas mulheres o maior conforto possível durante o trabalho de parto e parto.

PALAVRAS-CHAVE: Violência Obstétrica; Assistência à parturiente; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Apesar de ser um termo relativamente novo, a violência obstétrica é um problema antigo, desde a antiguidade mulheres são diariamente vítimas da chamada violência obstétrica, que se caracteriza como qualquer tipo de violência que ocorra durante o período de gestação, parto e puerpério, seja no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto, sendo, portanto qualquer ato exercido por profissionais da saúde que exprima uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e qualquer tipo de transformação nos processos fisiológicos do parto, incluindo ainda maus tratos físicos, psíquicos e verbais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos, e assim impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.

Segundo a Organização Mundial de saúde (OMS), no mundo inteiro, muitas mulheres sofrem abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto nas instituições de saúde. As consequências desse tipo de violência podem ser devastadoras para a mulher, e muitas vezes causam um trauma físico e psicológico, relacionado às atitudes e procedimentos desrespeitosos, esse tipo de tratamento não só viola os direitos das mulheres, como também ameaça o direito à vida.

A violência obstétrica durante a gestação e parto podem ser caracterizadas por: negação do atendimento à mulher, quando a mesma procura unidades de saúde como postos de saúde, ou quando lhe impõe qualquer tipo de dificuldade onde está sendo realizado o pré-natal; comentários humilhantes a mulher no que diz respeito a sua cor, idade, religião, escolaridade, classe social, estado civil, orientação sexual, número de filhos; palavras ofensivas até mesmo a sua família, humilha-la; agendar cesárea sem recomendação baseadas em evidências científicas, atendendo as necessidades e interesse do próprio médico (ANDRADE, 2014).

Uma prática mais humana e acolhedora pode ser o primeiro e grande passo para erradicar a violência obstétrica, com ações que incentivem os profissionais a adotarem a prática de um parto humanizado, aquele no qual a mulher passa a ser a protagonista nesse momento único e sublime que é o momento do nascimento de seus filhos. A proposta de humanização tem por objetivo criar novas maneiras de vivenciar o momento do parto, de vivenciar a maternidade, a paternidade, a sexualidade e a vida corporal no SUS.

O presente estudo, constitui-se de uma revisão de literatura, no qual realizou-se uma consulta em livros específicos da área de obstetrícia e artigos científicos selecionados através de buscas no banco de dados do SCIELO, Google Acadêmico.

Para isso, foram selecionados artigos publicados utilizando os seguintes termos durante a busca: Violência Obstétrica, Contexto do Parto, Parto Humanizado, Impacto da Violência Obstétrica.

Os critérios de inclusão para o estudo, foram as abordagens em torno de Violência Obstétrica e o seu contexto.

Justifica-se o estudo pelo fato de que a violência obstétrica tem provocado inúmeros traumas à saúde da mulher durante o processo de parir, dados do Ministério da saúde mostram de forma clara como as mulheres são diariamente vítimas de maus tratos dentro das instituições hospitalares, de modo que a cada quatro mulheres, uma sofre violência no parto. Ultimamente esse tipo de violência tem sido objeto de constante atenção, é perceptível a luta das mulheres para ter os seus direitos garantidos em todos os aspectos, com isso o movimento contra a violência obstétrica tem se estendido tanto no meio social como no meio acadêmico.

VIEIRA (2016), diz que a violência obstétrica tem se tornado uma rotina na vivência das mulheres brasileiras, onde impera o desrespeito, humilhações, discriminação de ordem étnica, econômica e social. Dessa forma, essa violência deve ser enfrentada por parte

das instituições e profissionais de saúde, com o objetivo de garantir os direitos das mulheres, como os sexuais, reprodutivos e humanos.

Os profissionais de saúde têm perdido a sua essência, a essência do cuidado humano. As maternidades têm sido transformadas em fábricas, onde os profissionais respeitam apenas os protocolos, de modo que até no momento do parto esses protocolos são respeitados, existe protocolo para tudo, tempo certo para tudo, inclusive para parir. Com isso, a mulher acaba tendo o seu corpo violado, invadido para que se possa acelerar o parto, não respeitam a fisiologia do parto, as peculiaridades de cada organismo e o momento certo de nascer que só o bebê sabe. A partir disso, surgem então uma série de intervenções completamente desnecessárias na maioria das vezes, que resultam em violência obstétrica.

Estudar acerca da violência obstétrica e suas modalidades torna-se uma importante estratégia para o seu enfrentamento, já que a assistência obstétrica vem ganhando a cada dia mais visibilidade a partir de diferentes campos, como por exemplo, nos movimentos de mulheres e nos centros de pesquisas científicas (VIEIRA, 2016).

Este estudo tem como principal propósito apresentar as diferentes formas de violência obstétrica, além de identificar as lacunas de conhecimento acerca do tema estudado. Com isso, o estudo torna-se relevante tanto para o meio social como acadêmico, uma vez que a melhor forma de erradicar a violência obstétrica é informando a população, orientando para que saibam identificar os vários tipos de violência. As mulheres precisam saber e compreender que é um direito delas ter um parto humanizado seja na rede pública ou privada. Os profissionais precisam se sensibilizar e resgatar a essência do cuidado e prestar uma assistência humana à parturiente.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Violência Obstétrica

Nos últimos anos, muitas têm sido as definições para o termo violência obstétrica. Uma delas, a mais recente é a da Lei de combate à violência obstétrica sancionada no Estado de Santa Catarina, que diz em seu artigo 2º que considera-se, violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda,

de forma verbal ou física as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

A violência obstétrica é mais comum do que se pode imaginar, ela pode vir escondida por trás de frases preconceituosas, muitas vezes com tons de brincadeira, outras através de grande ironia e ignorância, como “na hora de fazer você não gritou”, “ano que vem você volta, então não adianta chorar”, “foi bom fazer né? Agora aguente”, “cala a boca e fica quieta, senão eu deixo você ai sentindo dor”. Infelizmente esse tipo de violência sempre existiu, diariamente milhares de mulheres em todo o mundo passam por sofrimentos completamente desnecessários na hora do parto. O tratamento violento e agressivo nas maternidades do Brasil é uma realidade que não pode mais ser ignorada.

São inúmeras as formas de violência obstétrica que ocorrem em todos os hospitais, sejam na rede pública ou privada. Segundo TESSER et al. (2015), são categorias de violência obstétrica, antes do parto, um pré-natal insuficiente, com poucas informações a respeito do andamento da gestação, falsas indicações de cesariana, a não informação acerca da fisiologia do parto e riscos de cirurgias como a cesárea, falta de autonomia da mulher em escolher o tipo de parto e local.

Durante o parto, a violência pode ser tanto física como psicológica, o abuso físico se caracteriza como o excesso de intervenções, com procedimentos sem justificativa, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, tricotomia e episiotomias desnecessárias, muitas vezes sem anestesia. A episiotomia pode trazer vários malefícios para a mulher, como risco de infecção, dor no pós-parto e necessidade de analgésicos. A imobilização física também é muito utilizada, mantendo a mulher em posições muitas vezes dolorosas, não permitindo que ela se movimente. Existem ainda as imposições de intervenções não consentidas, aquelas no qual a mulher verbalmente ou por escrito não autoriza alguns procedimentos como a episiotomia. Aplicação de soro com ocitocina sintética, a fim de contrair artificialmente o útero, acelerando o trabalho de parto.

A adoção de puxões também é muito comum na prática médica durante o parto, como a manobra de Kristeller, que de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2016), consiste na compressão do fundo uterino durante o segundo período do trabalho de parto objetivando a sua abreviação. Mas, evidências comprovam que esse procedimento é muito prejudicial tanto para a mãe quanto para o bebê, portanto, essa manobra não deve ser realizada durante o trabalho de parto, e é considerada violência obstétrica. Dentre as consequências que essa manobra pode trazer para o bebê encontram-se o aumento da probabilidade de um parto difícil, podendo ter fratura de clavícula, úmero e costelas, trauma encefálico, hipóxia, pode

ainda ter lesões de órgãos internos, hematomas e aumento da pressão intracraniana. Para a mãe, os riscos consistem em hemorragias e contusões, fratura de costelas, rotura uterina, aumento do risco de grandes lacerações do períneo e vagina, deslocamento prematuro de placenta, além de prolapso urogenital, que é quando os órgãos genitais da mulher são projetados para fora.

O enema (lavagem intestinal) é também um procedimento realizado de forma rotineira, pois acredita-se que esse procedimento pode trazer benefícios como aceleração do trabalho de parto e a diminuição da contaminação do períneo, no entanto, a realização do enema indiscriminado é uma violência à parturiente, pois é um constrangimento desnecessário, uma vez que estudos comprovam que não há diminuição de infecção fecal durante o trabalho de parto, nem aceleração desse trabalho, e o que acaba ocorrendo é que a mulher é submetida a humilhação, dor e desconforto. É um procedimento considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como prejudicial ou não efetivo e não deve ser realizado nas rotinas hospitalares durante o trabalho de parto.

A pressão psicológica é uma das principais e mais comum das formas de violência obstétrica, a maneira como a mulher é tratada verbalmente pode prejudicar de forma significativa o trabalho de parto, de modo que a comunicação desrespeitosa subestima e ridiculariza sua dor, as desmoralizações do seu pedido de ajuda, além de humilhações de caráter sexual, causam na mulher um sentimento de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação e insegurança.

2.2 Cesariana: Quando esta se torna uma violência obstétrica

A cirurgia cesariana nem sempre é sinônimo de violência obstétrica, sabe-se que quando necessária ela salva vidas, tanto da mãe quanto do bebê. No entanto, é preciso realizá-la apenas quando for necessário, e isso não está acontecendo ultimamente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que o número máximo para cesariana deve ser de 15%, mas no Brasil, dados recentes mostram que o percentual chega a 57%, sendo representadas como 40% dos partos realizados na rede pública e 84% na rede particular.

É perceptível, portanto, que há grande excesso de cesarianas no Brasil, o que se caracteriza como violência obstétrica, uma vez que a maioria são realizadas sem necessidade. Mesmo essa via de parto seja escolhida por algumas mulheres, é preciso salientar que essa escolha pode vir de algumas influências, como fatores culturais, medo do parto normal, de sentir dor, experiências negativas relacionadas a partos anteriores, e também por médicos que

as assistem, dizendo que a cesariana é melhor. TESSER et al. (2015) diz que nas cesarianas, em relação às mulheres que tiveram partos normais, há aumento de mortalidade, morbidade severa, internação em UTI, uso de antibióticos, necessidade de transfusão, histerectomia e tempo de permanência no hospital. O autor citado ressalta ainda que a possibilidade de complicações se torna mais evidente em gestações futuras, com um aumento do risco de placentação anômala e suas graves consequências.

A UNICEF lançou recentemente uma campanha para sensibilizar as mães a respeito dos seus direitos e importância de esperar o momento certo do parto, para que seja espontâneo, alertando ainda para os problemas de saúde que os bebês podem ter se nascer antes do trabalho de parto espontâneo. Como maior risco de mortalidade neonatal, admissão em UTI neonatal e uso de ventilação mecânica, além de terem prejuízos futuramente no seu desenvolvimento cognitivo.

O maior número de cesarianas, são as eletivas, sendo, portanto, realizadas sem necessidade e sem fatores de risco que as justifiquem, sendo realizadas antes do trabalho de parto, entre a 37 e 38 semanas de gestação. “O trabalho de parto espontâneo é a única maneira 100% segura de saber que o bebê está pronto para nascer. Esse processo traz uma série de benefícios para a mãe e o bebê. Privá-los do trabalho de parto, por meio de cesarianas eletivas, pode gerar consequências negativas para a saúde de ambos” (GARY STAHL, presidente da UNICEF no Brasil).

2.3 Fisiologia do Parto

Sabe-se que parto é o termo utilizado para designar o processo e o resultado de parir, indica o final de uma gestação e o nascimento de um novo ser. Ainda não há evidências que expliquem o que realmente causa o trabalho de parto, o que se sabe é que o trabalho de parto é resultante de vários fatores como o controle fetal e as alterações dos hormônios. Durante o trabalho de parto o organismo feminino libera uma série de hormônios que auxiliam nesse processo, como ocitocina, que é responsável pela contração uterina, as endorfinas, responsáveis diminuições da sensação de dor, a prolactina responsável pela produção de leite, ACTH (hormônio adrenocorticotrófico), que é o hormônio liberado pelo feto indicando assim que está pronto para nascer, e a prostaglandinas que preparam o colo do útero para a dilatação.

De acordo com ZIEGEL (2008) o trabalho de parto é uma combinação de alterações fisiológicas inter-relacionadas, em especial de alterações endócrinas, de modo que

em um tempo determinado pelo feto, a hipófise fetal secreta grande quantidade de ACTH e de ocitocina, que conseqüentemente, estimula a glândula suprarrenal a aumentar a atividade, e a ocitocina fetal atravessa a placenta e se soma à ação da ocitocina da mãe. Esses eventos permitem um aumento da excitabilidade do músculo uterino, e um aumento na produção de estrogênio, o que acentua as contrações uterinas.

Ainda segundo ZIEGEL (2008) o trabalho de parto é dividido em três etapas, que são: Primeira etapa: Etapa de dilatação, que começa no início das contrações regulares e termina com a dilatação completa do cérvix. A segunda etapa: Etapa de expulsão: Começa com a dilatação completa da cérvix, e termina quando o feto sai por completo. A terceira etapa: Etapa placentária: É aquela que começa quando o feto sai e termina quando a placenta é liberada.

O tempo de duração do trabalho de parto normal varia muito, depende do processo fisiológico de cada mulher, alguns podem ser extremamente curtos, com poucas contrações, enquanto outros podem ser prolongados. ZIEGEL (2008) diz que o trabalho de parto mais demorado em primíparas quando comparado ao de múltíparas deve-se principalmente à maior resistência oferecida pela cérvix, pelas partes moles da vagina e pelo períneo.

2.4 Humanização do Parto

O parto é um momento de grande intensidade, é uma vivência que marca para sempre a vida de uma mulher, é a preparação natural para a maternidade, onde a mulher terá a chance de experimentar sensações e sentimentos que podem fortalecê-la como mulher e mãe. Durante o trabalho de parto a mulher se sente vulnerável, pois é uma experiência extrema, podendo envolver dor, um árduo trabalho, e ainda o medo da possibilidade de morte ou perda do bebê. Entende-se, portanto, que cabe aos profissionais da saúde tornar esse momento o mais agradável possível para a mulher, mas na maioria das vezes a assistência que as mulheres recebem no momento do parto é particularmente perversa porque anula de diversas formas a possibilidade da mulher e da família vivenciarem os aspectos subjetivos desse momento.

É preciso que haja humanização dentro das instituições hospitalares, os profissionais precisam se sensibilizar, adotar medidas que possam tornar o momento do parto e nascimento calmo e sem traumas, algo emocionante e alegre que proporcione lembranças agradáveis para o resto da vida do casal.

Segundo o dicionário Aurélio, humanizar significa inspirar humanidade, adoçar, suavizar, civilizar, tornar-se humano, compadecer-se. Dessa forma, compreende-se que a humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. É preciso resgatar o contato humano, acolher com carinho a parturiente, ouvir, explicar todos os procedimentos de forma educada e humana, estabelecer vínculos, e assim tornar a chegada do novo ser um evento sublime, em um ambiente de amor, segurança e respeito.

Humanizar o parto significa respeitar a parturiente e esperar o momento do nascimento sem intervenções desnecessárias, como não induzir o parto usando ocitocina sintética, não realizar episiotomia sem necessidade, é acreditar e respeitar a fisiologia da gestação e do parto, é preservar não somente a saúde física, mas também a psíquica, respeitando os diversos aspectos culturais, individuais e emocionais da mulher e sua família, é permitir que a mulher seja protagonista do seu parto, e garantir-lhe o direito de conhecimento e escolha.

Torna-se importante salientar que parto humanizado não é sinônimo de parto normal, não deve ser entendido como um tipo de parto, mas sim como um processo, um caminho para tornar mais humano o momento do parto e nascimento, seja por via vaginal ou cesariana. É uma forma de resgatar aquilo que já foi instintivo e natural, mas que durante um tempo foi interferido mecanicamente, através de métodos que violam os direitos da mulher, ao hospitalizar o nascimento e impor regras, tentando enquadrar as mulheres em um único formato e evento denominado parto.

De acordo com o Ministério da Saúde (2014), a gravidez e o nascimento são eventos únicos repletos de fortes sentimentos e emoções. A experiência vivida pela mulher nesses momentos ficará marcada para sempre em sua memória e, por isso, todos os envolvidos na sua assistência, desde o pré-natal até o parto, devem lhe proporcionar uma atmosfera de carinho e humanismo. Dessa forma, é imprescindível que a mulher seja cuidada em um ambiente tranquilo, sem rotinas rígidas e imutáveis, um ambiente onde ela possa expressar de forma livre seus sentimentos, recebendo cuidados individualizados e flexíveis de acordo com suas necessidades. Ainda segundo o Ministério da Saúde (2014), a mulher precisa se sentir segura e protegida por todos que o cercam, tanto na assistência pré-natal como na assistência ao nascimento. A presença do companheiro, ou de um acompanhante escolhido por ela é fundamental, pois a mesma se sente encorajada e protegida. É importante ainda que não haja a separação entre mãe e filho tanto no momento do nascimento, como em todo o período de internação.

As mulheres e seus familiares devem receber apoio constante da equipe assistencial, tendo suas angústias e questionamentos respondidos, de forma clara e calma. Os procedimentos a serem realizados devem ser bem explicados à parturiente sobre o motivo de sua adoção e a mulher deve se sentir segura, de maneira que reconheça que tais procedimentos são realmente necessários tanto pra ela quanto para o bebê. O Ministério da Saúde (2014) diz ainda que todas as gestantes, as parturientes, os recém-nascidos e as puérperas devem receber um atendimento que vise à redução dos agravos decorrentes das possíveis complicações da gravidez, parto e puerpério.

Na maioria dos hospitais, durante o trabalho de parto a mulher é obrigada a ficar deitada, em decúbito lateral esquerdo devido a melhor oxigenação fetal, no entanto, é importante ressaltar que a mulher tem o direito de escolher em qual posição deseja ficar durante o trabalho de parto, seja deambulando ou em outras posições, isso não afetará o bebê e nem oferece riscos, muito pelo contrário, a movimentação diminui o tempo de trabalho de parto, além de diminuir a necessidade de analgesia. Para o ministério da Saúde (2014), é desnecessário também proibir a ingestão de alimentos líquidos e sólidos durante o trabalho de parto, uma vez que o risco de broncoaspiração está associado à anestesia geral, em mulheres de risco habitual. Assim, oferecer alimentos leves ou fluidos durante o trabalho de parto não aumenta a incidência de complicações, é inclusive importante essa ingestão, para manter a hidratação e um aporte calórico durante o trabalho de parto.

Durante o período expulsivo, é crucial deixar a parturiente à vontade, dando a ela a liberdade de escolha para ficar na posição que melhor lhe convém. Geralmente a posição de cócoras é mais confortável, mas o Ministério da Saúde alerta para um possível trauma perineal quando a mulher não é acostumada a ficar nessa posição durante suas atividades cotidianas, o que se faz necessário, portanto, orientar as gestantes durante o pré-natal a realizarem exercícios físicos leves, como agachamentos, exercícios sobre a bola de ginástica, para fortalecer os músculos pélvicos e a prepará-los para o parto. No caso da realização da episiotomia, o Ministério da Saúde (2014), diz que a sua realização rotineira deve ser abandonada da prática obstétrica, porém, o seu uso pode ser considerado em alguns casos, como por exemplo, distócia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, ou em casos que a sua não realização pode resultar em maiores lacerações e trauma perineal. Sendo assim, a episiotomia deve ser realizada somente em situações onde os benefícios possam ser maiores que os riscos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Andrade et al (2016), a violência obstétrica está presente quando a assistência prestada a parturiente não oferece todos os cuidados necessários, a partir do momento que a mulher é menosprezada, por ser de classe social inferior comparada a outras pacientes, ao ocorrer agressão física, psicológica, verbal e sexual, quando o parto deixa de ser natural e passa a ser utilizado grande número de intervenções, sem que haja a permissão da mulher e nem mesmo explicar o procedimento que está sendo feito, em todos esses atos não são respeitados os direitos da parturiente sendo assim caracterizada a violência obstétrica.

A mulher vítima de violência obstétrica carrega consigo marcas para toda a vida, como relata Mariani E Neto (2016), que são condutas desumanas e geram efeitos negativos na saúde mental e física da paciente. O momento mágico, especial e de alegria que é a chegada do seu filho, passa a ser constrangedor e traumático. (WOLFF e WALDOW, 2008).

Existem direitos da parturiente durante o parto que devem ser cumpridos por lei, o mesmo deve acontecer naturalmente sem utilização de métodos para adiantar o seu processo; a mulher pode ficar movimentando-se no momento que achar necessário, ter todo atendimento necessário a ela e seu filho durante o pré-parto, parto e pós-parto, evitar jejuns e procedimentos desnecessários, utilizar posições (não-supinas) e, exigir procedimentos não-invasivos, tais como o banho quente, massagem e exercício com bola, que ajudem no alívio da dor, manter privacidade, proporcionar o contato pele a pele no momento do nascimento com incentivo ao aleitamento a partir da primeira mamada, o direito a escolha, como a do acompanhante e sobre o que será feito em seu corpo.

Para que todos os direitos sejam colocados em prática, a instituição deve ter profissionais que trabalhem de forma humanizada, conforme diz Matei et al (2003), humanizar a assistência é tratar com respeito cada paciente, ter uma boa comunicação, por meio da relação interpessoal paciente-profissional para atender as necessidades da pessoa como um todo, conforme sua cultura, crença e valores. Permitindo que a mulher participe mais do momento do parto, que sejam atendidos todos os seus direitos e que a tecnologia esteja presente, mas de forma equilibrada para não atrapalhar a assistência humanizada.

A falta de informação e o medo do parto tornam a mulher vulnerável, fazendo com que a violência se torne cada vez mais natural e frequente, é possível observar a presença de novos casos passando despercebidos aos olhos das parturientes, familiares e acompanhantes. Sendo que, a principal causa está na sociedade, que naturaliza as agressões, tornando os profissionais o centro do saber, dessa maneira as mulheres não expressam suas

opiniões sobre os procedimentos realizados no seu corpo e se caso as mesmas trouxerem suas queixas e, for dito que tal procedimento é melhor para ela e seu filho, as mesmas aceitarão sem reivindicar, mesmo sentindo-se desconfortáveis.

4 REFERÊNCIAS

ANDRADE, Briena Padilha. AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência Obstétrica: a dor que cala**. Universidade Estadual de Londrina, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao parto Normal**. Conitec. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília, 2014. 465 p.: il. – (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).

MATEI, E.; et al. **Parto humanizado: um direito a ser respeitado***. Centro Universitário S. Camilo, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 16-26, abril/junho. 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)104.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)104.pdf)>. Acesso em: 03 de julho de 2017.

TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HFA, DINIZ SD. **Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer**. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, 2015.

VIEIRA, Raquel Santana. **Violência Obstétrica – Práticas no processo do parto e nascimento: Uma revisão integrativa**. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.

WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa and SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. **Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas**. *Texto contexto - enferm.* [Online]. 2011, vol.20, n.4, pp.717-725. ISSN 0104-0707. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>.

WOLFF, L.; WALDOW, V. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n. 3, p. 138-151, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300014>. Acesso em: 03 de julho de 2017.

ZIEGEL, Erna E. **Enfermagem Obstétrica**. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.