

**PERCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VIVENCIADA
POR PUÉRPERAS**

Perceptions and experiences of obstetric violence by

CEZAR, Gisele Freitas

Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

ARRUDA, Caroline Avelar Roberto

Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

SANTOS, Hilton Vitor

Centro Universitário de Jaguariúna - UNIFAJ

BARAGATTI, Daniella Yamada

Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

AUDI, Celene Aparecida Ferrari

Centro Universitário de Jaguariúna – UNIFAJ

RESUMO: Violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres em trabalho de parto nas instituições de saúde, bem como o desrespeito à sua autonomia. Objetivo: Avaliar a percepção e as experiências vivenciadas por puérperas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação à violência obstétrica durante o período do parto. Metodologia: Realizada pesquisa qualitativa e observacional, sendo utilizada a técnica de grupo focal, constituída por oito puérperas (até 40 dias após o parto). O estudo obteve análise de conteúdo temática, resultando em três categorias: A Compreensão, percepção e vivência das puérperas sobre a violência obstétrica; Desconhecimento sobre ações realizadas no período intraparto; Alimentação em seu período intraparto. Resultados: No momento do parto as mulheres ainda são submetidas à ações desnecessárias e que podem contribuir para lesões físicas e traumas psicológicos. É importante o empoderamento quanto à escolha de seu parto livre de intervenções danosas. Considerações finais: As experiências vividas pelas puérperas neste momento podem deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas. Os profissionais e instituições de saúde devem estar capacitados e preparados para oferecer um ambiente acolhedor de forma que o nascimento seja natural e seguro.

Palavras Chaves: Violência contra a Mulher; Parto Humanizado; Negligencia.

ABSTRACT: Obstetric violence is the imposition of harmful interventions on the physical and psychological integrity of women in labor in health institutions, as well as disrespect for their autonomy. Objective: To evaluate the perception and experiences by puerperal of a Basic Health Unit (UBS) regarding obstetric violence during labor. Methodology: A qualitative and observational study was carried out, using a focal group technique, composed of puerperal women (up to 40 days days after delivery). The study obtained a thematic content analysis, resulting in three categories: Understanding, perception and experience of puerperal women on

obstetric violence. Results: At the time of delivery, women are still subjected to unnecessary actions that can contribute to physical injuries and psychological trauma. Empowerment is important to the choice of their delivery free of harmful interventions. Fine conditions: The experience of the puerperas at this time may leave indelible marks, positive or negative, for the rest of their lives. Health professionals and institutions should be trained and prepared to offer a welcoming environment so that birth is natural and safe.

Key Words: Violence Against Women, Humanizing Delivery, Negligence.

INTRODUÇÃO

Apesar do crescente reconhecimento do tratamento negligente, abusivo e desrespeitoso das mulheres durante o parto nas instalações de saúde, não há consenso na literatura sobre como estas ocorrências são definidas e avaliadas (BOHREN, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a violência obstétrica é a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições de saúde em que são atendidas, bem como o desrespeito à sua autonomia. É a quebra de vínculo e confiança da mulher com a equipe responsável em seu período de parto, fazendo com que fique constrangida, podendo ter algum tipo de agressão verbal, violência física e ameaças à vida.

Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres ao cuidado respeitoso, mas também ameaça o direito à vida, à saúde, à integridade física e a não discriminação (OMS, 2014).

Estima-se que em torno de 289 mil mortes maternas em 2010, dos quais 99% ocorreram em países de média e baixa renda. Uma das estratégias para diminuir a morte materna é melhorar as condições nas instituições que realizam partos. No Brasil, cerca de ¼ das mulheres que tinham parido e metade daquelas que abortaram relataram algum tipo de violência obstétrica (OMS, 2014; VENTURI, 2013).

Bowser & Hill (2010) elencam as principais categorias de violência obstétricas e direitos: o abuso físico (direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos); imposição de intervenções não consentidas, intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas (direito à informação, ao consentimento informado e à recusa); cuidado não confidencial ou privativo (confidencialidade e privacidade); cuidado indigno e abuso verbal (dignidade e

respeito); discriminação baseada em certos atributos (igualdade, não discriminação, equidade da atenção), abandono, negligência ou recusa de assistência (direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde); detenção nos serviços (liberdade, autonomia).

Estudo de revisão de literatura demonstrou que a violência obstétrica é reconhecida mundialmente, sendo identificada sob sete domínios: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, faltam de atendimento aos padrões profissionais de assistência, relação entre mulheres e prestadoras e condições e restrições do sistema de saúde. A pesquisa apresentou uma tipologia abrangente, baseada em evidências, dos maus tratos de mulheres durante o parto em estabelecimentos de saúde, e demonstrou que os maus tratos podem ocorrer no nível de interação entre a mulher e o provedor, bem como por meio de falhas sistêmicas no sistema de saúde (BOHREN, 2015).

Pesquisa realizada no Brasil com amostra representativa de partos hospitalares em todas as regiões do país constatou que, entre as 23 mil mulheres investigadas, apenas 5% tiveram partos sem nenhuma intervenção. Entre as mulheres que pariram (48% da amostra), 92% estavam em posição de litotomia (deitadas), 56% foram submetidas à episiotomia e 37% receberam a manobra de Kristeller (aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo). A punção venosa foi realizada rotineiramente em 70% das mulheres. Quase metade das mulheres (40%) relatou ter sido medicada com ocitocina e realizada amniotomia. (VIELLAS, 2014).

Outro estudo, realizado em maternidade de alta complexidade constatou prevalência da violência obstétrica de 86,57%. As práticas prejudiciais mais frequentes foram os esforços de puxo (65%), a administração de ocitocina (41%) e o uso rotineiro da posição supina/litotomia (39%). Baixa escolaridade ($p=0,022$) e ter sido assistido por um profissional médico ($p<0,001$) apresentaram associação significativa com a violência obstétrica (ANDRADE, 2016).

Tendo em vista a magnitude da violência obstétrica, suas consequências físicas e psicológicas, bem como a importância da humanização da assistência na gestação e parto, este estudo teve como objetivo avaliar a percepção e as experiências vivenciadas por puérperas de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação à violência obstétrica durante o trabalho de parto.

METODOLOGIA

Pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória (MINAYO, 2010) realizada no município de Jaguariúna, estado de São Paulo, Brasil.

Como técnica de pesquisa utilizou-se o grupo focal. Segundo Gomes (1999), a técnica de grupo focal é utilizada para compartilhar ideias, informações e revelar percepções. Assim, buscou-se verificar a percepção de puérperas (mulheres até 40 dias após o parto) atendidas em uma UBS do município.

A amostra foi escolhida de maneira intencional (MINAYO, 2010). Realizamos contatos com a Secretaria de Saúde do Município de Jaguariúna e com a enfermeira da UBS XII de Setembro. Em 08 de Maio de 2017, ocorreu nosso encontro com oito puérperas que foram contatadas pessoalmente pela enfermeira da UBS.

Foram realizados encontros com aproximadamente 70 minutos de duração cada, respeitando-se o horário de início e término das atividades conforme combinado com as participantes. As atividades aconteceram em sala reservada nas dependências da UBS e foram anotadas e gravadas com celular com autorização das participantes.

Utilizaram-se palavras disparadoras para que as mulheres pudessem contar um pouco da vivência do último parto, desencadeando o diálogo entre todos e fazendo com que participassem de forma ativa no grupo. Os vocábulos foram apresentados em placas com letras grandes e legíveis contendo as expressões: “*o que é violência obstétrica:*”, “*episiotomia*”, “*alimentação no parto*”, “*cesárea*”, “*acompanhante*”, “*medicação*”, “*movimentação no período do parto*”, “*exame de toque recorrente*”. “*ruptura ou descolamento de membrana sem consentimento*”, “*posição do parto*”, “*informações necessárias*”, “*insegurança*”, “*ameaças*”, “*palavras que não entendiam*”.

A organização e análise dos dados tiveram por base o método de análise de conteúdo (FARAGO, 2009; Bardin, 1997). Optou-se pela técnica de análise temática, voltada para o sentido e as vivências das puérperas do objeto em questão, cujos significados foram expressos diretamente através da linguagem verbal, que para a formação dessas categorias, foram considerados os sentidos e significados do termo violência obstétrica para essas puérperas, o referencial teórico e consenso dos autores.

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos envolvendo seres humanos e foi aprovada tanto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Jaguariúna-UNIFAJ (parecer nº 027/2015), quanto pela Prefeitura Municipal de Jaguariúna. Manteve-se o anonimato das participantes com o uso de nomes fictícios, sendo suas informações coletadas apenas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a análise dos dados estabeleceu-se três categorias temáticas apresentadas a seguir:

Categoria temática nº 1: A compreensão, percepção e vivências das puérperas sobre a violência obstétrica.

O desconhecimento da violência obstétrica é algo crescente por falta de informação, tornando-se natural o parto sem humanização. Durante o grupo focal foi realizada a seguinte pergunta: Você sabe o que é violência obstétrica?

“Eu acho que é uma coisa que eles fazem sem a nossa permissão.”

“Eu nunca ouvi falar sobre este tipo de violência”

“Não tenho nem ideia, do que seja”.

Nos últimos anos, a relação entre a falta de qualidade da assistência e os desfechos maternos adversos está sendo destacada globalmente. Assim, podemos observar que a violência ocorre mundialmente mais é pouco conhecida e/ou reconhecida pelas mulheres (UNFPA; 2007).

A definição de violência obstétrica da Venezuela foi pioneira em conceituar essa violência: *“Entende-se por violência obstétrica a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde que se expresse por meio de relações desumanizadoras, de abuso de medicalização e de patologização dos processos naturais, resultando em perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”* (UNFPA; 2007).

Segundo Venturine (2010), uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Esse número, provavelmente, é ainda maior. Grande

parte das mulheres não tem conhecimento dos seus direitos e não sabem ao certo o que pode ou não, ser considerada uma violência obstétrica.

No Brasil, assim como, em outros países da América Latina, o termo “violência obstétrica” é utilizado para descrever as diversas formas de violência ocorridas na assistência à gravidez, ao parto, ao pós-parto e ao abortamento (DINIZ, 2015), inclusive distintos descritores são usados para descrever o mesmo fenômeno como: abuso obstétrico, violência institucional, violência no parto, violência de gênero (d’ OLIVEIRA, 2002).

A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa) orienta a não falar abertamente sobre violência, favorecendo termos como “humanização do parto”, “a promoção dos direitos humanos das mulheres”. Identifica-se um forte movimento internacional que aborda a humanização da atenção a nascimentos e partos como uma resposta à mecanização na organização do trabalho profissional e à violência institucional, com crescente produção teórica. Todavia, o termo é polissêmico e faz-se necessário, ao deparar-se com a expressão, identificar que perspectiva está sendo adotada e qual o sentido que lhe é conferido (RATTNER, 2009).

Categoria temática nº 2: Desconhecimento sobre ações realizadas no período intraparto

As puérperas participantes desta pesquisa consideraram comuns e rotineiras algumas ações realizadas no período intraparto, como se pode perceber ao apresentar palavras como “*Corte por baixo*”-“*Episiotomia*”, “*Indução*” “*Contrações fortes*” e “*Acompanhante*”.

“Não, eu não sabia na gravidez dele, eu li uma reportagem no Facebook, o corte que eles dão no parto normal, é uma coisa que eles não perguntam, o certo eram eles perguntarem se quer ou não”.

“No meu parto eles cortaram e até hoje eu tenho que sentar meio de lado, porque dói muito”.

“Dizem que é para ficar mais fácil para passar a cabeça do bebê”.

A episiotomia é um procedimento cirúrgico, mais frequente. As evidências científicas disponíveis recomenda uso seletivo da episiotomia, as recomendações

da Organização Mundial da Saúde, estabeleceu um máximo de 15% (OMS, 2014), estima que entre 80% a 90% das brasileiras são cortadas durante o parto normal. O Ministério da Saúde desenvolveu a Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, com o propósito, entre outros, de adequar a assistência ao parto a uma prática baseada em evidências científicas (BRASIL, 2017).

“E, sobre aquele soro que eles colocam para aumentar a contração, e também não perguntam, eles colocam.”

“Nossa aquele fez doer muito, parece que estavam arrancando na unha”.

“Eu estava bem, com algumas contrações, mas quando eles colocaram o soro, aí a coisa “pegou” senti muitas dores fortes”.

A indução do parto consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres a partir da 22ª semana de gravidez (ACOG, 2009). Atualmente, as principais indicações para indução do trabalho de parto são a gestação prolongada, pré-eclâmpsia e ruptura prematura das membranas, além do óbito fetal, que não foi o caso destas puérperas (SOUZA, 2010). O manejo dessas pacientes deve ser cuidadoso, observando-se as principais contraindicações, os potenciais riscos e as precauções.

“A gente sente mais segurança, porque quando você vai ter um filho não sabe o que vai acontecer, e o risco que podem ocorrer também você pode morrer na hora do parto seu bebe nascer, e morre tendo uma pessoa que você confia e da sua família você fica mais segura, se eu morrer como vou saber o que aconteceu, se eu desmaiar vai ter que ter alguém acordado para falar o que aconteceu. Muitas famosas têm em casa falam que a dor é forte, é bem menos podem comer.”

“Eu acho que eu me sentiria muito mais segura se eu tivesse com alguém, como a primeira gestação que eu perdi, eu era menor de idade, eles deixam entrar, e eu fiquei internada na em um hospital em outro município, porque eu tinha ido fazer os exames e descobriram que tava morto, quando injetaram o remédio pra eu “sentir as “contração, eu “tava” com a minha mãe, porque eu senti as dor do parto tudinho, só que minha mãe “tava” comigo, ela me levou pra debaixo do chuveiro, lá eu fiquei mais tranquila e saiu mais rápido.”

Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), na rede própria ou na conveniada, são obrigados a permitir a presença de um acompanhante da parturiente durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.

O acompanhante deve ser indicado pela própria parturiente. Essa obrigação decorre da Lei Federal n.11.108/2005 (a chamada Lei do Acompanhante), que promoveu a significativa alteração na chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990), que, por sua vez, se propõe a oferecer condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes prestados pelo Sistema Único de Saúde (FRUTUOSO, 2013).

As razões para a negação deste direito são a falta de adequação do ambiente e de sensibilização dos profissionais de saúde.

Categoria temática nº 3: Alimentação em seu período intraparto.

Durante a pesquisa, foi feita a seguinte pergunta: Em relação à alimentação, durante o trabalho de parto, foi oferecido chá, bolacha, ou perguntaram se gostaria de comer algo?

“Deu treze horas antes da cirurgia, só fui comer depois de 8 horas do parto.”

“O meu foi água, fiquei sem tomar água por 6 horas.”

“Eu fiquei 19 horas em jejum.”

Segundo Wei (2011), durante o processo de parturição, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias.

O jejum obrigatório pode causar intervenções negativas, fazendo com que uma cesariana seja solicitada, podendo ter uma recaída na cascata de intervenção, o que demonstra a importância da alimentação no momento do parto. Consolidado em nosso meio, o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho. De fato, os avanços da obstetrícia contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. (BRASIL, 2015)

Entretanto, as mulheres e recém-nascidos são expostos a altas taxas de intervenções, como a episiotomia, o uso de ocitocina, a cesariana, aspiração entre outras. Tais intervenções, que deveriam ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade, são muito comuns, atingindo um grande número de mulheres que são assistidas em hospitais no país. (BRASIL, 2015)

Esse excesso de intervenções deixou de considerar os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo, esquecendo que a assistência ao nascimento se reveste de um caráter particular que vai além do processo de adoecer e morrer. A experiência vivida por eles neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas (BRASIL 2017).

A morbidade e mortalidade materna no parto é uma questão de extrema importância na saúde pública. Parte deste problema reside na violência cometida por profissionais de saúde em serviços de maternidade ou aborto, o que afeta o acesso, a conformidade, a qualidade e a eficácia do serviço de saúde. Reconhecemos quatro formas de abuso violento por médicos e enfermeiros: negligência e abuso verbal, físico e sexual. Estas formas de violência se repetem, muitas vezes são deliberadas, constituem uma grave violação dos direitos humanos e estão relacionadas à má qualidade e eficácia dos serviços de saúde. Este abuso é um meio de controlar pacientes que são aprendidos durante o treinamento e reforçados nas instalações de saúde (d'OLIVEIRA 2002).

Há um consenso de que ações de educação em saúde que levem informações no prenatal em relação ao parto, acompanhamento por familiares no momento do parto, compreensão sobre direitos da mulher podem ter um impacto substancial reduzindo o maltrato das mulheres no parto. Não há dúvida de que está dentro do poder das sociedades e seus setores de saúde acabar com o maltrato das mulheres no parto (JEWKES, 2015).

Para Tesse (2015) a prevenção quaternária frente à violência obstétrica no Brasil requer a participação dos profissionais e suas associações em duas frentes: a primeira envolve a atuação clínica no cuidado e apoio às gestantes e puérperas, bem como a elaboração participativa de planos de parto. A segunda requer suporte e participação social para que sejam atendidas as reivindicações de humanização da assistência ao pré-natal e parto, provenientes dos movimentos de mulheres e do

empoderamento feminino, de modo a impactar significativamente a violência obstétrica no sistema de saúde do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento do trabalho, avaliou-se a falta de conhecimento sobre a violência obstétrica e suas tipologias pelas puérperas. As opiniões foram naturais e sem constrangimento, pois as mulheres se sentiram a vontade de expor os problemas vividos durante o período de parto e intraparto, compartilhando o agravo de não ter a informação adequada que causou danos emocionais e físicos.

As mulheres, no momento do parto, ainda são submetidas às ações desnecessárias e que podem contribuir para lesões físicas e psicológicas. A experiência vivida por elas neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas. Para que haja mudanças, além de políticas governamentais que apoiem o parto humanizado é preciso que as mulheres sejam respeitadas em relação aos seus direitos e as distintas condições possíveis durante o trabalho de parto.

Além disso, os profissionais de saúde e instituições devem ser capacitados e preparados para que possam atender essas mulheres e familiares no momento do parto de modo que possam oferecer um ambiente acolhedor para que o nascimento seja natural e seguro, pois para elas e suas famílias o momento da gravidez e do parto, em particular, é único na vida, carregado de fortes emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, P.O; SILVA, J.Q.P; DINIZ, C.M.M; CAMINHA, M.F.C. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, 16 (1): 29-37 jan. / mar., 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>> Acesso em: 01 out 2017.

Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BOHREN, M.A; VOGEL, J.P; HUNTER, E.C; LUTSIV, O; MAKH, S.K; SOUZA, J.P; et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **Plos**

Med 12(6): e1001847. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>> Acesso em: 01 out 2017

BOWSER D, HILL K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Bethesda, Maryland: **USAID-Traction Project**; 2010. Disponível em: < <http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>> Acesso em: 01 out. 2017.

CLINICAL MANAGEMENT GUIDELINES OBSTETRICIAN - GYNECOLOGISTS **ACOG Practice Bulletin** No. 107. August 2009. Disponível em: < https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/patientsafety/Perinatal/acog--practice_bulletin_107_2009.pdf> Acesso em: 14 out. 2017.

DINIZ, S.G; SALGADO, H.O; ANDREZZO, H.F.A; CARVALHO, P.G.C; CARVALHO, P.C.A; AGUIAR, C.A; NIY, D.Y. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**. 25(3): 377-384; 2015.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>> Acesso em: 01 out. 2017.

D'OLIVEIRA, A.F; DINIZ, S.G; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: **An emerging problem Lancet**; 359(9318):1681-5,2002. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)> Acesso em: 01 out. 2017

FARAGO, C.C; FOFONCA. E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. Disponível em: <<http://www.letras.ufscar.br/linguasagem/edicao18/artigos/007.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2017.

FRUTUOSO, L.D; BRUGGEMANN, O.M. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 4, p. 909-917, Dec. 2013 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720130004000006&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-070720130004000006>.

GOMES, M.E.S; BARBOSA, E.F. A Técnica de Grupos Focais para Obtenção de Dados Qualitativos. **Instituto de Pesquisas e Inovações Educacionais. Educativa**, fev. 1999. Disponível em: <http://www.tecnologiadeprojetos.com.br/banco_objetos/%7B9FEA090E-98E949D2A638D3922787D19%7D_Tecnica%20de%20Grupos%20Focais%20pdf.pdf> Acesso em: 06 mai. 2016.

JEWKES, R; PENN-KAKANA, L. Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. **Plos Med** 12(6): e100-1849; 2015Disponível: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001849>> Acesso em: 01 out. 2017

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - MS. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)** - Brasília, DF. 2015. Disponível em: <http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_CP.pdf> Acesso em: 11 set. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DE SAÚDE - OMS. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. 2014.** Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf> Acesso em: 22 set. 2016

RATTNER, D. Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.** v.13, supl.1, p.595-602, 2009. Disponível: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500011> Acesso em: 01 out 2017.

UNFPA. REPUBLICA BOLIVIANA DE VENEZUELA. **Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: UNFPA; 2007.**

Disponível em: < http://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf> Acesso em: 01 out. 2017

SOUZA, A.S.R.; COSTA, A.A.R.; COUTINHO, I.; NORONHA, C.N.; AMORIM, M.M.R. Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades. Vol. 38, nº 4, **Feminina**, abr, 2010 Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n4/a003.pdf>> Acesso em: 12 ago.2017

TESSER, C.D; KNOBEL, R; ANDREZZO, H.F.A; DINIZ, S.D. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 10, n. 35, p. 1-12, jun. 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013>>. Acesso em: 19 nov. 2017. doi:[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).

VENTURINE G, BOKANY V, DIAS R, ROSAS AW, FIGUEIREDO NADJA. **Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços público e privado.** Fundação Perseu Abramo e SESC. Núcleo de Opinião Pública da FPA. Disponível: <http://www.apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf> Acesso em 18 ago. 2017.

VIELLAS, E.F; DOMINGUES, R.M.S.M; DIAS, M.A.B; GAMA, S.G.N; THEME, M.M. F; COSTA, J.V; et al. Assistência ao pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S85-S100, 2014.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

WEI, C.Y; GUALDA, D.M.R; JUNIOR, H.P. de. O.S. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 4, p. 717-725, Dec. 2011 .

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>.

SOBRE OS AUTORES:

GISELE FREITAS CEZAR

Brasileira, 23 anos. Aluna de graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Jaguariúna. Reside em Jaguariúna – SP.
Telefone para contato: (19) 99686-9454
Email: giselefc8@hotmail.com

CAROLINE AVELAR ROBERTO ARRUDA

Brasileira, 25 anos. Aluna de graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Jaguariúna. Reside em Holambra– SP.
Telefone para contato: (19) 99940-6948
Email: carolineavelar92@gmail.com

HILTON VITOR SANTOS

Brasileiro, 43 anos. Aluno de graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário de Jaguariúna. Reside em Santo Antônio de Posse– SP.
Telefone para contato: (19) 97406-5153
Email: hilton.vitor@hotmail.com

DANIELLA YAMADA BARAGATTI

Doutora em Ciências da Saúde, Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Campinas- SP, Docente do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Jaguariúna.
Telefone: (19)981336348
E-mail: danybaragatti@gmail.com

CELENE APARECIDA FERRARI AUDI

Pós doutora em Saúde Coletiva/Epidemiologia. Pela Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de ciências médicas. Departamento de Saúde Coletiva. Coordenadora do curso de graduação em Enfermagem do Centro Universitário de Jaguariúna.
Telefone: 19-996485707
E-mail: celenefaudi@yahoo.com.br