



A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COMO PRÁTICA NO CUIDADO NA SAÚDE DA MULHER NO PROCESSO PARTURITIVO: ANÁLISE REFLEXIVA

OBSTETRICAL VIOLENCE AS PRACTICE IN HEALTH CARE TO WOMAN DURING LABOR: REFLECTIVE ANALYSIS

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO PRÁCTICA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LA MUJER EN EL PROCESO DE PARTO: ANÁLISIS REFLEXIVO

Diego Pereira Rodrigues¹, Valdecyr Herdy Alves², Maria Bertilla Lutterbach Riker Branco³, Rosangela de Mattos⁴, Paolla Amorim Malheiros Dulfe⁵, Bianca Dargam Gomes Vieira⁶

RESUMO

Objetivo: promover a reflexão de conceitos acerca da violência obstétrica durante o processo parturitivo contra as mulheres desenvolvidos pelos serviços e profissionais de saúde. **Método:** estudo reflexivo, realizado a partir da leitura de artigos e manual. A busca de informações foi realizada em abril de 2014, pelo acesso on-line, e após a leitura e fichamento da literatura, procedeu-se a análise descritiva, o que contribuiu para a reflexão sobre a violência obstétrica. **Resultados:** buscou-se entender as práticas institucionais caracterizadas como violentas, possibilitando uma discussão respaldada nas políticas públicas do parto e nascimento, além dos direitos humanos e dos direitos sexuais e reprodutivos para o regaste da mulher na cena do parto. **Conclusão:** enfatiza-se a importância de o profissional de saúde promover a autonomia da mulher no trabalho de parto e parto, como o respeito ao direito de escolha de práticas criticamente empregadas conforme os seus critérios de elegibilidade, os quais estão respaldados em evidências científicas. **Descritores:** Enfermagem; Parto Normal; Obstetria; Violência.

ABSTRACT

Objective: to promote the reflection of concepts on obstetric violence against women during the childbirth process developed by health services and professionals. **Method:** reflective study, performed from reading of articles and manual. The search for information was made in April 2014 by online access. After reading and recording the literature, we proceeded to descriptive analysis, which contributed to the reflection on obstetric violence. **Results:** we sought to understand the institutional practices characterized as violent, enabling debate grounded on public policies of labor and birth, in addition to human rights and sexual and reproductive rights to women's ransom in the birth scene. **Conclusion:** we emphasize the importance of health professionals in promoting empowerment of women in labor and delivery and also respect for the right to choose practices that are critically employed according to their eligibility criteria, which are based on scientific evidence. **Descriptors:** Nursing; Normal childbirth; Obstetrics; Violence.

RESUMEN

Objetivo: promover la reflexión de conceptos acerca de la violencia obstétrica durante el proceso de parto contra las mujeres desarrollado por los servicios y profesional de salud. **Método:** estudio reflexivo, realizado a partir de la lectura de artículos y manual. La búsqueda de informaciones fue realizada en abril de 2014, por acceso on-line, y luego la lectura y registro de la literatura, se procedió a análisis descriptivo, lo que contribuye para la reflexión sobre la violencia obstétrica. **Resultados:** se buscó entender las prácticas institucionales caracterizadas como violentas, posibilitando una discusión respaldada en las políticas públicas del parto y nacimiento, además de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos para el rescate de la mujer en la escena del parto. **Conclusión:** se enfatiza la importancia del profesional de salud promover la autonomía de la mujer en el trabajo de parto y parto, como el respeto al derecho de elección de prácticas críticamente empleadas conforme sus criterios de elegibilidad, los cuales están respaldados en evidencias científicas. **Descriptores:** Enfermería; Parto Normal; Obstetricia; Violencia.

¹Enfermeiro, Mestrando em Ciências do Cuidado da Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com; ²Enfermeiro, Doutor, Professor Titular, Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), E-mail: herdyalves@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Mestre na Atenção à Saúde Materno-Infantil, Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), E-mail: bertillariker@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Mestre na Atenção à Saúde Materno-Infantil, Hospital Universitário Antônio Pedro, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), E-mail: rosangelademattos@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira, especialista na saúde da mulher, criança e adolescente, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), E-mail: paolla_amorim@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira, Professora Mestre em Enfermagem, Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/UFF. Niterói (RJ), E-mail: biadargam@gmail.com

INTRODUÇÃO

A gestação e o parto são momentos inerentes ao ciclo vital feminino, constituindo-se como um processo fisiológico, no qual a mulher precisa ser a protagonista em todos os momentos destes eventos. Logo, cabe aos serviços, gestores e aos profissionais elaborarem e efetivarem políticas públicas que garantam o direito a uma assistência de qualidade, integral e humanizada, e que venha ao encontro da promoção da saúde da mulher e de seu filho.¹

Nesse sentido, o foco desse estudo é a violência obstétrica durante o processo de parto e nascimento com base na autonomia e protagonismo feminino, pois esta contribui com a anulação simbólica de seus direitos como mulher, usuário do serviço e como cidadã, a qual perpassa do descumprimento dos seus direitos instituídos, respaldada pelas políticas públicas do parto e nascimento.

Esta violência é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada) até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologia, com intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários em face das evidências científicas do momento, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas.²

Nessa perspectiva, a violência contra a mulher perpetua-se na negação aos métodos de alívio à dor, na realização de procedimentos desnecessários realizados sem o seu consentimento (como tricotomia, enteroclisma, uso de ocitócitos, toque vaginal, amniotomia e episiotomia), além da negligência, abandono, indiferença quanto às questões de ordem social e de gênero, e impedimento do parto em relação às posições verticalizadas, prevalecendo a posição horizontal, e a anulação do direito ao acompanhante, evidenciando a violência por parte dos profissionais e dos serviços de saúde. Do mesmo modo, a realização de manobras prejudiciais, como a de Kristeller, além da discriminação, do tratamento grosseiro com ameaças, humilhações e maus-tratos com a utilização de “*jargões*” como: “*Na hora de fazer, não chorou*”, demonstram uma violência velada e a sua naturalização pautada em estereótipos de classe e gênero. Destaque deve ser dado ao fato de que até o abuso sexual pode ser vivenciado pela mulher,

o que se constitui em violência obstétrica nas maternidades públicas.³

O tema também traz para a reflexão o próprio exercício do poder e da autoridade dos profissionais de saúde, principalmente, a classe médica na assistência às mulheres. Diversas esferas dos setores público e privado têm se mobilizado em torno dessa questão realizando investigações e debates. A própria política de humanização da assistência hospitalar e o Programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde são exemplos de respostas à insatisfação dos usuários com um tratamento denunciado como desrespeitoso, violento e uso indiscriminado de tecnologias que resultam em altas taxas de cesarianas e dor iatrogênica.⁴

Mesmo diante dessa elucidação, ainda hoje é possível constatar que essa violência perpassa pela prática dos profissionais de saúde. Desse modo, apesar de o conceito de Humanização do Parto e Nascimento ser reconhecido e preconizado por entidades como a Organização Mundial de Saúde; a Organização Panamericana de Saúde (OPAS); o Ministério da Saúde; o Sistema Único de Saúde (SUS); o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); a Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras (ABENFO); a Rede de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA); a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e também por grupos de debates civis e da sociedade em prol dos direitos das mulheres, o processo parturitivo é passível de ser constituído por iniciativas violentas e desumanas que desrespeitam os direitos humanos e reprodutivos da mulher no parto.

Países latino-americanos como a Venezuela e Argentina apresentam leis para o enfrentamento da violência obstétrica em seu país, com medidas que protegem as mulheres contra práticas e situações violentas durante o seu período reprodutivo. Assim, no Brasil, apesar do atraso quanto às leis que resguardam as mulheres durante a assistência obstétrica, o país tem avançado nas reflexões e discussões acerca da violência obstétrica.

Em 2012, devido à escassez de referências na produção técnica e jurídica brasileira, foi elaborado pela Rede de Maternidade Ativa um manual tipificando a violência obstétrica praticada no Brasil contra as mulheres durante o processo parturitivo. Desse modo, atos caracterizados como violência obstétrica foram considerados todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos

de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue. Assim, a violência obstétrica pode ser compreendida em seis distintas modalidades de caráter: físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático, as quais serão apontadas e discutidas na reflexão do estudo.

OBJETIVO

- Promover a reflexão de conceitos acerca da violência obstétrica durante o processo parturitivo contra as mulheres desenvolvidas pelos serviços e profissionais de saúde.

MÉTODO

Estudo reflexivo, apoiado em referenciais da violência obstétrica, desenvolvido como requisito parcial de avaliação da disciplina Seminário de Pesquisa do Curso de Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF), cursada no primeiro semestre de 2014, o qual buscou uma reflexão sobre essa tipologia de violência no cenário do parto e nascimento.

Para o desenvolvimento deste, foi realizada uma revisão narrativa da literatura pertinente objetivando reunir os conhecimentos sobre os tópicos do estudo, facilitando, assim, a análise reflexiva. A literatura incluiu artigos e manual. Os artigos foram pesquisados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDEF (Base de Dados em Enfermagem) e biblioteca SciELO (Scientific Electronic Library Online). Foram incluídos os artigos completos; disponíveis eletronicamente; publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola; no período de 2004 a 2014.

Para a busca de tais artigos, utilizou-se os descritores controlados: “violência”, “parto normal” e “obstetrícia”. A busca foi realizada pelo acesso on-line no mês de abril de 2014. Após a leitura e fichamento da literatura disponível, procedeu-se a análise descritiva e de conteúdo desta, o que contribuiu para a reflexão sobre a temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569/2000, com o intuito de assegurar a melhoria ao acesso, cobertura e qualidade ao acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério.⁶ Além disso, em 2011, o mesmo órgão governamental promoveu o lançamento do programa da Rede Cegonha, a qual tem o

intuído de garantir o acesso à unidade de referência e ao transporte seguro, garantir a promoção das boas práticas na atenção ao trabalho de parto e parto, em prol da redução da mortalidade materna, para assegurar o 5º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio.⁷

Apesar do empenho do Ministério da Saúde em promover a qualidade na atenção ao parto, ainda se faz necessário uma mudança nas práticas assistenciais como os protocolos instituídos pelos serviços de saúde. Essa transformação deve ocorrer para que a mulher vivencie o seu parto em sua plenitude e experencie o parto como um evento íntimo, seguro e sem violência, contudo, isso ainda não ocorre, mas, sim, práticas consideradas violentas, com regras e rotinas que valorizam a assistência profissional e não o valor da experiência da parturiente.

Nesse contexto, o impedimento da mulher pela instituição de saúde em ter a livre escolha do seu acompanhante no trabalho de parto, parto e puerpério constitui uma violência, *no campo institucional*, que consiste em ações ou forma de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso destas aos seus direitos constituídos, sejam de natureza pública ou privada.⁵ Além disso, essa modalidade de violência é compreendida com a inclusão de regras e condutas instituídas pelo serviço de saúde, neste caso, a maternidade, e os profissionais de saúde que obtêm a autoridade instituída tem o poder de autorizar ou não, sendo uma prática vivenciada pelas mulheres na maternidade.

Desse modo, ocorre o desrespeito dos direitos sexuais e reprodutivos, das boas práticas ao parto, além do descumprimento da Lei nº 11.108/2005, em que obriga as instituições de saúde em permitir a presença de uma acompanhante de livre escolha da mulher durante todo período de trabalho de parto, parto e puerpério.⁸ Assim, o acompanhamento ao trabalho de parto e parto deve ser estimulado pelas instituições de saúde para promover o apoio à parturiente. As medidas de apoio a mulher contemplam quatro dimensões: a emocional (a presença contínua, o encorajamento e o propiciar tranquilidade); a informacional (explicações, instruções sobre a evolução do trabalho de parto e conselhos); o conforto físico (massagens, banhos quentes e oferta adequada de líquidos); e, por último, a de intermediação, que tem a finalidade de interpretar os desejos da mulher e negociá-los com os profissionais.⁹

O impedimento ocorre quando a mulher é impedida de se movimentar durante o trabalho de parto pelos profissionais de saúde, os quais ordenam para que fique “*deitada*” em seu leito para a melhor progressão do trabalho de parto e, do mesmo modo, ocorre o bloqueio da mulher em relação ao banho de aspersão com a finalidade de alívio da dor. Além do não oferecimento da alimentação e líquidos durante o processo de trabalho de parto, constituindo práticas institucionais que rompem com as boas práticas do parto, tornando-as um “*objeto*” do cuidado dos profissionais de saúde. Dessa forma, torna-se uma das modalidades de violência, *no campo físico*, por conta de ações que incidem sobre o corpo da mulher, interferem, causam dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas.⁵

Diante do exposto, a autonomia da mulher é inibida quanto a sua posição e movimentação no trabalho de parto, como o direito do banho durante o processo. Essas práticas constituem como recomendações do Ministério da Saúde e devem ser implementadas em prol da melhor progressão do trabalho de parto no intuito de favorecer o alívio da dor. Além disso, o incentivo ao banho com água morna traz o relaxamento físico e mental da mulher, pois contribui para a evolução do trabalho de parto.¹⁰ Esse ponto deve ser discutido, pois tais práticas favorecem um aumento da dor durante o trabalho de parto e o profissional de saúde deve favorecer o seu alívio, e a não promoção dessas práticas constitui-se em uma das modalidades da violência.

Deixar a mulher sem alimentação e líquido durante o trabalho de parto com o propósito de informar que esta necessita ficar em jejum, por consequência de algum problema durante o seu parto, além do modelo tecnocrático, em que a qualquer momento ela pode ser submetida a uma intervenção cirúrgica. E propiciar essa rotina institucional favorece a violência de ordem física, além do direito de escolha, pois a oferta de alimentação e líquidos promove mais energia para o parto, e necessita de ser estimulada como preconizado pelo Ministério da Saúde.¹⁰

A falta de orientação/informações dos profissionais de saúde quanto às práticas utilizadas e ao modelo de nascimento estabelece uma violação do direito da mulher quanto às informações relevantes ao trabalho de parto e parto como preconizado a Organização Mundial de Saúde (OMS), e constitui uma violência, *de ordem psicológica*, ocasionada pela relação profissional-

parturiente que anula o direito da mulher. Essa modalidade aponta para toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio, vivenciados pela omissão das informações.⁵

Assim, com frequência, a assistência obstétrica no processo parturitivo não é esclarecida às mulheres, pois na cultura do atendimento baseado no paradigma tecnocrático até hoje em vigor, os profissionais de saúde são os que “*comandam*” o processo assistencial, tornando as mulheres submissas aos seus saberes e fazeres, meros “*objetos*” dos conhecimentos desses profissionais, e não sujeitos participantes deste processo. Trata-se, portanto, de uma situação que pode gerar tensão, medo, insegurança e/ou ansiedade nas mulheres durante sua internação hospitalar, além de expressar o poder e a relação do profissional que tem o controle instituído pelo serviço de saúde. Desse modo, essa falta de informação viola o direito desta ser informada acerca de seu parto e das práticas implementadas, o que constitui uma modalidade de violência no campo psicológico da mulher.²

Como por exemplo, a exibição do seu corpo durante o processo de cuidado, sem a devida atitude ética dos profissionais de saúde, em que a mulher é exposta a diferentes atores sem a sua conveniente proteção na realização de exames, como o toque vaginal. Essa atitude vivenciada pelas mulheres viola a sua intimidade e constitui uma modalidade da violência, *de ordem sexual*, a qual é expressa em toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo.⁵

A classificação das práticas no parto normal traz claramente aquelas utilizadas de modo inadequado, consideradas, pelo Ministério da Saúde, como prejudiciais ou ineficazes e que, portanto, devem ser eliminadas ou reduzidas. Entre elas, constam toques vaginais frequentes e realizados por mais de um examinador. Constata-se que essa é uma prática, infelizmente, constante, isto é, a realização de toques vaginais com maior frequência e por vários profissionais, em intervalos de tempo pequenos, prejudica a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto, causando desconforto e edema de vulva. Ainda esse documento apresenta outras

classificações como práticas úteis, que devem ser estimuladas, considerando essencial o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.¹¹

Ao contrário do apontado acerca dessa modalidade de violência, os autores¹¹ apontam para a modalidade de violência *de ordem psicológica*, e não sexual como compreendido nesse estudo, e os mesmos caracterizam essa violência quando submete um indivíduo à exposição de seu corpo durante a prestação de cuidados, sem resguardar a sua privacidade e sem respeitar seus valores culturais e religiosos. Acrescentam ainda que muitos trabalhadores presenciam situações de violência e as omitem ou acobertam o agressor, temendo atrair antipatias e inimizades.

A realização de práticas institucionais, primeiramente, a episiotomia de rotina, constitui-se uma violência *de ordem sexual*. Além dessa prática, a manobra de kristeller compreende uma outra modalidade de violência, *de ordem física*. Essas práticas são utilizadas durante o parto, cuja finalidade de “ajuda” durante o período expulsivo. A utilização da episiotomia dever ser repensada e a manobra de kristeller abolida.

A episiotomia é uma cirurgia realizada na vulva, cortando a entrada da vagina com uma tesoura ou bisturi, algumas vezes, sem anestesia.^{12,13} Afeta diversas estruturas do períneo, como músculos, vasos sanguíneos e tendões, que são responsáveis pela sustentação de alguns órgãos, pela continência urinária e fecal e ainda têm ligações importantes com o clitóris. No Brasil, a episiotomia é a única cirurgia realizada sem o consentimento da mulher e sem que ela seja informada sobre sua necessidade (indicações), seus riscos, seus possíveis benefícios e efeitos adversos. Tampouco, se informa a mulher sobre as possibilidades alternativas de tratamento. Desse modo, a prática de episiotomia no país contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências e, de acordo com as evidências científicas, deve ser utilizada cerca de 10% a 15% dos casos, contudo, é praticada em mais de 90% dos partos hospitalares.⁵

É importante salientar que a episiotomia, por si só, constitui pelo menos um trauma de segundo grau. Além de ignorarem esse fato, médicos com frequência afirmam que a não realização desse procedimento acarreta inevitavelmente lacerações graves, o que também não tem base científica. Outra alegação para realização da episiotomia consiste na prevenção de incontinência urinária e fecal, fato não comprovado

cientificamente. Não há, até o momento, estudos de longo prazo que verifiquem a ocorrência de incontinência em idades mais avançadas da mulher, relacionando-a à realização ou não da episiotomia. Porém, estudos que compreendem horizontes mais curtos apontam que esta tem justamente o efeito contrário, de provocar ou agravar incontinência urinária, fecal e de flatos.^{5,14,15} Desse modo, a realização da episiotomia sem a evidência científica necessária constitui uma violência contra a mulher, por isso, tal prática deve ser repensada durante o período expulsivo.

A manobra de kristeller quando foi desenvolvida sem fundamentação científica, era realizada com as duas mãos empurrando a barriga da mulher em direção à pelve. Atualmente, dispomos de diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e, apesar disso, é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher ou espremendo seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho.⁵ Salienta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de kristeller é proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário.¹⁶

A manobra de kristeller é reconhecidamente danosa à saúde e, ao mesmo tempo, ineficaz, pois causa à parturiente o desconforto da dor provocada e também o trauma que se seguirá indefinidamente.^{5,17} Este procedimento, além de todos os danos já apresentados, constitui uma violência de caráter físico e contradiz claramente as indicações do Ministério da Saúde em promover as diversas posições durante o parto, desde que não existem impedimentos clínicos.

Desse modo, o processo parturitivo em um modelo tecnocrático em que as mulheres são submetidas compõe distintas modalidades de violência. Assim, deve-se enfrentar as práticas institucionais e os modelos intervencionistas do nascimento em prol do resgate na saúde reprodutiva da mulher como o real papel na cena do parto.

CONCLUSÃO

As práticas institucionais empregadas durante o trabalho do parto e parto pelos profissionais de saúde nas maternidades públicas estão entrelaçadas em atos de violência em distintas modalidades, sendo de *ordem física, psicológica, sexual e institucional*. Desse modo, essas práticas devem ser repensadas pelos profissionais de

saúde para promover a saúde reprodutiva da mulher, implicando uma mudança de pensamento, valores e regras durante o ato de nascimento, e alcançado o seu valor de direito instituído dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos no nascimento para as mulheres.

Portanto, o resgate da figura da mulher na cena do parto com o respeito a sua autonomia de escolha, os esclarecimentos dos procedimentos pelos profissionais de saúde e a avaliação criteriosas das práticas baseadas em evidências devem ser inseridos no cotidiano da prática do profissional de saúde para a segurança da mulher durante o trabalho de parto e parto, além do enfrentamento da violência na cena do parto. Nesse sentido, enfatiza-se a utilização das boas práticas no parto normal instituída pela OMS em prol da redução das intervenções e resgatando a mulher durante o seu real papel no parto.

REFERÊNCIAS

1. Gomes LFS, Costa CC, Rebouças CBA, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Damasceno AKC. Reflections on the promotion of health in the context the program humanization prenatal and birth. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 July [cited 2013 Nov 15];6(7):1721-8. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2659/pdf_1152 DOI: 10.5205/reuol.2255-18586-1-LE.0607201227
2. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface comun. saúde educ [Internet]. 2011 [cited 2013 Sept 12];15(36):71-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>
3. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad. saúde pública [Internet]. 2013 [cited 2014 abr 12];29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>
4. Strapasson MR, Nedel MNB. A institucionalização da violência contra a mulher no processo do nascimento: revisão integrativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 Jan 15];7(spe):6663-70. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4086/pdf_4036 DOI: 10.5205/reuol.5058-41233-3-SM.0711esp201314
5. Rede de maternidade ativa [Internet]. Violência obstétrica: parirás com dor. Brasília; 2012 [cited 2014 Jan 11]. Available from: <http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
6. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria n.º 569/GM em 1 de junho de 2000. Brasília; 2000 [cited 2014 Jan 11]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>
7. Ministério da Saúde [Internet]. Portaria n.º 1.459, de 24 DE Junho de 2011. Brasília; 2011 [cited 2014 Jan 11]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
8. Ministério da Saúde [Internet]. Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. Brasília; 2005 [cited 2014 Jan 11]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm
9. Frutuososo LD, Brüggemann OM. Conhecimento sobre a Lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. Texto & contexto enferm. 2013 [cited 2014 Jan 11];22(4):909-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/06.pdf>
10. Wei CH, Gualda DMR, Santos HPO. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puérperas. Texto & contexto enferm. 2011 [cited 2014 Jan 11];20(4):717-25. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/10.pdf>
11. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc [Internet]. 2008 [cited 2014 Jan 11];17(3):138-51. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/14.pdf>
12. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia fundamental. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
13. Barros SM. O. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. 2nd ed. São Paulo: Roca, 2009.
14. Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. Femina [Internet]. 2008 [cited 2014 Jan 11];36(1):47-54. Available from: http://institutonascerc.com.br/wp-content/uploads/2014/03/episio_femina.pdf
15. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras [Internet]. Maternidade segura. Brasília; 2009. [cited 2014 Jan 11]. Available from: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf
16. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavallini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, Szwarcwald CL. Fatores associados a morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas no Município do Rio de

Janeiro, 1999-2001. Cad saúde pública [Internet]. 2004 [cited 2014 Jan 11]; 20(Sup 1):20-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/03.pdf>

17. Reis LGC, Pepe VLE, Caetano R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. Physis: revista de saúde coletiva [Internet]. 2011 [cited 2014 Jan 11];21(3):1139-59. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/20.pdf>

Submissão: 05/07/2014

Aceito: 20/05/2015

Publicado: 15/06/2015

Correspondência

Diego Pereira Rodrigues
Rua Desembargador Leopoldo Muijlaert, 307
Bairro Piratininga
CEP 24350-450 – Niterói (RJ), Brasil