

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS PERSPECTIVAS NA RELAÇÃO DE GÊNERO

### OBSTETRIC VIOLENCE AND ITS PERSPECTIVES ON GENDER RELATIONS

Thayná Caixeiro Queiroz <sup>c</sup>

Gisele Aparecida Fófano <sup>a b \*</sup>

Filipe Moreira de Andrade <sup>a</sup>

Maria Augusta Coutinho de Andrade Oliveira <sup>a</sup>

Livia Beatriz Almeida Fontes <sup>a</sup>

Jorge de Assis Costa <sup>a</sup>

Carlos Eduardo S. G. Cruz <sup>a</sup>

Roberta Feital Xavier <sup>a</sup>

Renato Gomes Pereira <sup>a</sup>

Bruno dos Santos Farnetano <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Faculdade de Medicina - FAGOC

<sup>b</sup> Faculdade do Sudeste Mineiro – FACSUM

<sup>c</sup> Fiocruz/RJ

#### RESUMO

**Introdução:** O processo do parto é considerado um momento de muitas modificações na vida de uma mulher, podendo levar a um sentimento de vulnerabilidade, solidão e medo. A relação de poder fornecida pela hierarquização da assistência tem sido um grande motivo para intensificar esse tipo de sentimento na gestante, além disso, esse mesmo também tem sido visto como um fator de violência institucional/obstétrica. **Objetivo:** Analisar a violência obstétrica numa perspectiva de gênero, além de avaliar como a humanização da assistência ao parto e nascimento contribui para uma mudança nesse contexto. **Métodos:** Para isso foi realizado uma revisão bibliográfica da literatura, baseada em artigos científicos extraídos da base de dados Scientific Electronic

Saúde

Revista  
Científica  
Fagoc

ISSN: 2448-282X

Library Online (Scielo), Medline e Lilacs além dos livros e revistas científicas desencadeando três marcos teóricos: a violência institucional, uma relação de gênero e o processo da humanização.

**Resultados:** Os resultados evidenciaram que as questões de gênero, enquanto posicionamento sociais vêm influenciando na perda de autonomia da gestante, favorecendo a violência obstétrica e o uso abusivo de intervenções. **Conclusão:** Faz-se necessária uma mudança no modelo assistencial e um investimento no processo de informatização das gestantes para o empoderamento das mesmas com objetivo de fazê-las protagonistas desse momento tão importante.

**Palavras-chaves:** Gênero. Humanização. Maternidade. Violência Institucional.

#### ABSTRACT

**Introduction:** The birthing process is considered a time of many changes in a woman's life and can lead to a feeling of vulnerability, loneliness and fear. The ratio of power supplied by the hierarchy of the assistance has been a major reason for intensifying this kind of feeling in pregnant women, moreover, the same has also been seen as a factor of institutional violence / obstetrics. **Objective:** Therefore this study aimed to analyze obstetric violence from a gender perspective, as well as evaluating the humanization of assistance to childbirth and birth contributes to a change in this context. **Methods:** For it was carried out a literature review of the

\* E-mail: giselefofano@gmail.com

literature, based on scientific articles extracted from the database Scientific Electronic Library Online (Scielo), Medline and Lilacs beyond books and journals triggering three theoretical frameworks: institutional violence, a gender ratio and the process of humanization. **Results:** The results showed that gender issues as social position have influenced the loss of the pregnant woman's autonomy, favoring obstetric violence and the use abuse interventions. **Conclusion:** A change in the care model and an investment in the computerization process of pregnant women to empower them in order to make them protagonists of this important time as necessary.

**Keywords:** Gender. Humanization. Institutional Violence. Parenting.

## INTRODUÇÃO

A assistência ao parto no Brasil está sendo relacionada a um conjunto de fatores que dizem respeito à saúde reprodutiva das mulheres. A esterilização, a peregrinação das mulheres por busca de leitos hospitalares, a má qualidade do pré-natal e atenção obstétrica e a não compreensão dos cuidados humanizados têm gerado no sistema uma prática de atendimento com baixa qualidade assistencial prestados à mulher brasileira (Barbosa et al., 2003).

A Parturição é um momento muito importante na vida de uma mulher, representado por modificações tanto psicológicas quanto físicas, transformando a mulher em mãe, levando-a a um novo papel social. Considerado um rito de passagem, é um processo que necessita de grande sustentação, tanto profissional quanto familiar, pois é nesse momento que surgem os medos, dúvidas e incertezas quanto ao que se está vivendo. Os profissionais, portanto, têm papéis fundamentais na vida dessa gestante, oferecendo conforto, segurança, qualidade da sua saúde, além de informações necessárias para o seu empoderamento (Costa, Guilherme, Walter,

2005; Velho et al., 2012).

Vale considerar que as opiniões dos profissionais podem influenciá-la em todo o processo, e é dentro dessa questão que se inicia a visão da interação profissional/parturiente nas discussões sobre as violências. As mulheres sonham com esse processo e muitas têm vivenciado momentos de grande terror e insatisfações ligados a diversos tipos de violência cometida justamente por atores que deveriam ser seus principais cuidadores (Domingues, Santos, Leal, 2004; Souza, Amorim, Porto, 2014).

O processo do parto é considerado um momento de muitas modificações na vida de uma mulher e leva a um sentimento de vulnerabilidade, solidão e medo. O apoio profissional poderia minimizar todos esses acontecimentos, fazendo-a se sentir acolhida e informada das situações que envolvem sua saúde. Porém, essa ausência no processo de informatização e acolhimento tem refletido na má qualidade do serviço de saúde prestada no processo gravídico, levando a situações de abandono. Além disso, questões referentes à inserção de poder entre o profissional e a cliente têm diminuído ainda mais essa interação e têm possibilitado fatos que venham oferecer uma violência, sendo caracterizada como violência institucional (Rohden, 2001; Hotimsky et al., 2002).

Existem vários tipos de manifestações de violência, porém, no presente trabalho, será abordada uma análise investigativa sobre as questões de violência institucional e de gênero, pois estas perpassam diretamente sobre a violência no parto, traduzida como violência obstétrica. A relevância do estudo sobre esse tema é justificada pela necessidade de se compreender questões referentes à violência institucional e de gênero, com foco na violência obstétrica, para analisar as relações de gênero, além de avaliar como a humanização da assistência ao parto e nascimento contribui para uma mudança nesse contexto.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho tratou-se de um estudo exploratório realizado através da revisão bibliográfica da literatura. Foi realizado um levantamento de evidências científicas que referenciavam a temática estudada, utilizando as bases de dados Medline (Pubmed), Scielo, Lilacs, além de livros e revistas científicas. Para a seleção das fontes, foram consideradas como critério de inclusão as bibliografias que possuem os descritores Violência Institucional, Maternidade, Gênero e Humanização. Foram analisados somente artigos no idioma português e excluídos os estudos na forma de editoriais e cartas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A Violência Institucional

A violência institucional – mais precisamente sobre as violências ocorridas em maternidades públicas – tem sido um tema bastante discutido em diversos países. A partir disso, as pesquisas vêm demonstrando que, além das questões econômicas e estruturais, os maus tratos sofridos pelas pacientes também têm sido questões vivenciadas nos serviços públicos, observando-se uma prática discriminatória em relação ao gênero, classe social e raça/etnia (Aguiar, D’Oliveira, 2011).

Segundo o Relatório Mundial sobre violência e saúde realizado pela Organização Mundial de Saúde, a violência é entendida como uso intencional do poder, força física, ameaça contra si próprio ou também contra outras pessoas, grupo ou comunidade que possa gerar lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação (WHO, 2002). Em seus estudos sobre os impactos na saúde, Minayo (2005) relata que a violência está associada aos aspectos sociais e históricos e é utilizada através do uso da força, do poder e dos privilégios para dominar, submeter e provocar.

A violência institucional se configura através da negligência na assistência, da “violência verbal (com tratamentos grosseiros, ameaças, gritos, humilhação intencional, reprimendas), violência física (incluindo a não utilização de medicações analgésicas quando tecnicamente indicada) e até abuso sexual”. Outros pesquisadores compreendem que, além desses aspectos, a questão do uso inadequado de tecnologia – levando a diversos procedimentos intervencionistas totalmente desnecessários e distantes das evidências e consequentemente a uma cascata de intervenções com riscos e sequelas – também são incluídos como esse tipo de violência (Aguiar, D’Oliveira, 2011).

No Brasil, como não há um conceito determinado sobre a violência obstétrica, usa-se a terminologia da violência institucional ou então utiliza-se do conceito trazido através das referências da Venezuela, que compreende:

Qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres. (Venezuela, 1999).

### Uma questão de gênero

A violência de gênero é algo que acontece em todo o mundo e atinge mulheres de todas as idades, raças, etnias, classes sociais com orientação sexual ou não, e é também tratada como violência contra a mulher. O seu principal ponto é ligado ao poder e como isso demonstra o predomínio dos homens sobre as mulheres ou também apenas como uma ideologia dominante, não sendo necessariamente entre uma relação de

ambos os sexos, mas de posições sociais (Brasil, 2003).

O gênero então passa a ser trabalhado em um tipo de violência, quando se trata da opressão construída socialmente nas relações de poder dentro de um ambiente institucional. Nesse sentido, a análise a ser estudada é o poder, visto que relações desiguais de poder, de gênero e relação profissional de saúde e paciente estão embutidas na violência institucional (Minayo, 2014).

Uma vez que a violência institucional se dá por tanto nas relações desiguais de poder, pode-se considerar a medicina como saber legitimado em meio a nossa sociedade, como um aspecto que demonstra as violências sobre a relação entre médico e paciente. Foucault (1995) e Scott (1990) trazem diversas contribuições para tal discussão. Dentro disso, a percepção sobre como os profissionais lidam dentro do seu contexto de trabalho deve-se à empatia com o outro, fato que muitas vezes não acontece; pelo contrário, a parturiente no caso da obstetrícia se torna vulnerável a agressões verbais e também físicas (Aguiar, D’Oliveira, 2011).

Nas relações de poder, pode-se perceber que, dentro dessa hierarquia, os profissionais de saúde assumem bastante espaço, porém, devido às questões culturais que enfrentamos, o médico se enquadra no topo dessa pirâmide e obtém não só uma autoridade em função do conhecimento científico e tecnológico, mas também em relação à cultura e à moral, dominando muitas vezes a conduta, os valores e as crenças de cada pessoa. Com isso, a dependência dos sujeitos passa a ser verdadeira, já que estes compreendem que a não obediência a determinada autoridade gerará uma consequência desagradável para si (Aguiar, D’Oliveira, 2013). Alguns estudos trazem questões referentes à importância de uma boa relação dos profissionais com o usuário, pois é algo que se faz necessário no meio dessa relação. O respeito à privacidade, à compressão das queixas e à valorização da mulher torna um atendimento humanizado e que produz mudança

nesse contexto.

Cabe ressaltar que um dos aspectos ligados a essa relação também tem sido visto no consumo abusivo das tecnologias, possibilitando cada vez mais um afastamento entre esses agentes e favorecendo um processo hierárquico da assistência (Leão et al., 2013). Segundo Dias et al. (2008), a medicalização no parto tem sido bastante significativa, trazendo consigo uma assistência tecnocrata, tratando o parto como algo patológico e favorecendo a figura do médico como foco central. Esses pontos influenciam na autonomia da mulher, pois é a partir daí que suas escolhas não são trazidas para discussões, afinal ela é vista como um ser frágil com incapacidade de parir que necessita de um consumo de intervenções técnicas para superar todos esses empasses. Seu posicionamento já não é respeitado, portanto seu papel passa a ser secundário (Oliveira et al., 2008).

Alguns estudos vêm demonstrando que as mulheres estão se sentindo insatisfeitas com questões relacionadas ao impedimento de sua participação no modelo de assistência que está sendo predominante no País. A falta de poder exercido por elas, as escolhas baseadas nas informações e as supostas dúvidas durante o ciclo gravídico têm sido afetados por esse tipo de relação. As queixas em relação ao desrespeito, gerado pela relação de poder, fazem com que muitas dessas mulheres sejam violentadas verbalmente durante o processo do parto. Frases como “não chora que ano que vem você está aqui de novo”; “na hora de fazer não chorou/ não chamou a mamãe, por que agora está chorando?”; “se gritar, eu paro agora o que eu estou fazendo, não vou te atender”; “se ficar gritando, vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo” foram trazidas pela vivência das mulheres na pesquisa Fundação Perseu Abramo (2010).

Outras questões relativas a esses momentos referem-se até mesmo à prática de atividades sexuais, ao alegarem que as mulheres que sentem prazer no momento sexual, porém choram no processo de dar à luz.

Dessa maneira, os profissionais têm condenado a mulher, responsabilizando-a pelo processo de uma dor fisiológica, a qual pode, muitas vezes, estar mais relacionada a um abandono realizado pela equipe de saúde. Não se pode deixar de mencionar que, além dessa violência psicológica observada em ambientes hospitalares, algumas sofrem violências físicas durante o trabalho de parto. Todas essas questões geram, nas mulheres, formas de fugir das humilhações a que muitas vezes são submetidas, adequando-se aos padrões que julgam ser aqueles esperados pelo profissional, mantendo-se em silêncio como resposta (Leão et al., 2013).

Já algumas mulheres se posicionam de forma contrária a toda essa situação, contestando a autoridade médica ou profissional da relação hierárquica surgida nessa ambiência. Porém, quando esta se manifesta, gera um processo de desconforto entre todos os autores das práticas dessa violência, levando-os à intensificação da violência já prestada, ao se sentirem numa posição mais elevada por se tratarem de “donos do saber”, fazendo a mulher compreender que ela não conhece as ações do próprio corpo e que precisa se calar diante de todas as situações impostas, caso contrário será maltratada, abandonada ou desassistida (Hotimsky et al., 2002). Segundo a Fundação Perseu Abramo (2010), quanto mais escura, mais jovem e mais pobre, maiores são essas possibilidades de maus-tratos.

Portanto, o medo da assistência que terão durante o momento do parto é um forte indício para determinar suas escolhas e fazê-las refletir sobre tipo de parto ao qual desejam ser submetidas. Percebe-se que a cultura de violência está tão arraigada, que os olhares sobre a assistência se tornaram naturais frente a essas atitudes. O modelo biomédico vem trazendo uma visão patológica desse processo natural e induz as mulheres a crerem nesse mesmo princípio, acreditando que necessitam de um suporte intervencionista, que são incapazes de parir e permitem as inquietações e insegurança na capacidade em lidar com questões relacionadas ao parto, a dor e também a imprevisibilidade

do natural. Além disso, a forma violenta como os partos têm se apresentado favorece a busca por cesarianas, objetivando a fuga dos procedimentos a que não gostariam de se submeter, proporcionando um aumento do uso das tecnologias e também das cesarianas eletivas (Oliveira, Riesco, Miya, 2008; Diniz, 2005).

## O processo da humanização

Desde os anos 80, algumas mudanças vêm ocorrendo para a melhora na qualidade da assistência à saúde da mulher. Dois pontos marcantes para essa discussão são a implementação das ‘Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento’ feitas pelas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1996 e a implementação da Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) em 2000 (Brasil, 2000); e, além disso, a inserção de Rede Cegonha (2011) em boa parte do País, com o objetivo de reorganizar a rede e reafirmar todas essas assistências, favorecendo um processo de atendimento humanizado (Leal et al., 2014).

Segundo Ratneer (2009),

[...] humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis; estética porque relativa ao processo de produção de saúde e de subjetividades autônomas protagonistas; política porque se refere à organização social das práticas de atenção e gestão na rede do SUS.

Um atendimento humanizado deve-se a todo um contexto de realidade e a um posicionamento profissional, em que se comprehende a gestante, ouve-se o que ela tem a dizer, valorizam-se suas dúvidas, medos, anseios, desejos e busca-se a melhor maneira de oferecer um atendimento respeitoso e de qualidade. Além disso, garante o respeito aos

aspectos da fisiologia do parto, não intervindo de forma desnecessária; reconhece os aspectos sociais e culturais da mulher frente ao parto e ao nascimento, oferecendo todo o suporte emocional, tanto a mulher quanto à sua família; respeita a autonomia e os direitos da mulher (por exemplo, a situação de ter um acompanhante de sua escolha durante o parto); e garante a informação de todos os procedimentos a que ela poderá ser submetida, respeitando seus direitos de cidadania (Dias, Domingues, 2005).

Durante a gestação, as mulheres necessitam dessa interação, pois se encontram em um processo sensível e de muitas mudanças, no qual um grande aporte de informações favorece o enfrentamento desse momento, além de fazê-la compreender todos os processos a que será submetida, garantindo-lhe uma escolha livre e informada, com bases sólidas para evidenciarem sua escolha (Leão et al., 2013; Carneiro, 2015).

A medicalização do parto e a inserção do profissional médico na obstetrícia levaram ao entendimento do parto como um processo natural deturpado, favorecendo um aumento cada vez maior no número de intervenções desnecessárias e do uso abusivo das cesarianas. Modificar esse modelo tradicional da assistência ao parto, trabalhando com o princípio da humanização, faz com que haja perda de poder, tanto em questões do processo de parturição, como em relação à hierarquia já prevista nos modelos atuais. Contudo, algumas estratégias adotadas para a mudança desse contexto têm sido vistas através da implementação de enfermeiras obstetras no atendimento às mulheres de baixo risco, com intuito de modificação das práticas e rotinas institucionais, por favorecer os aspectos fisiológicos, emocionais e socioculturais do processo reprodutivo e desenvolver um cuidado singular, colocando a mulher em foco central, individualizando o cuidado de acordo com seu contexto sócio histórico (Dias. Domingues, 2005).

Além desse incentivo governamental, algumas mudanças vêm ganhando espaço dentro da assistência obstétrica, como a participação

das mulheres na modelagem de uma nova assistência; a escolha das posições do parto; a presença do acompanhante, que favorece muito a queda dessas imposições profissionais e garante o respeito aos direitos da parturiente; o fim da realização de enemas, além das raspagens; e diminuição da amniotomia desnecessária. O uso rotineiro das episiotomia e indução ao parto também são situações que vêm diminuindo, porém em uma escala menor (Diniz, 2005).

O acesso das mulheres à informatização também tem sido algo satisfatório para a busca do seu empoderamento e para o favorecimento do processo humanizado. Dentro dessas questões, algumas mulheres passaram a se organizar para lutarem contra as práticas obstétricas impostas pelos serviços médicos e hospitalares, posicionando-se como consumidoras desses serviços, procurando questionar determinados procedimentos e defendendo seus desejos de parirem de acordo com seu estilo de vida, crenças, autodeterminação e ética. Vale compreender que a humanização do processo não determina que um parto seja natural (vaginal), mas sim aquele que garanta à mulher seus direitos e o atendimento respeitoso. O parto humanizado é compreendido a partir de um modelo com o mínimo de intervenções médicas e farmacológicas possíveis, respeitando o tempo tanto físico quanto psíquico, e garantindo um ambiente que proporcione acolhimento e respeito a cada mulher. Além disso, garante a ela o direito ao consentimento sobre todo procedimento realizado (Carneiro, 2015).

Portanto, o grande desafio dos profissionais de saúde, tanto enfermeiros quanto médicos, é prestar uma assistência adequada a fim de minimizar o sofrimento das parturientes, proporcionando a elas uma vivência diferenciada no trabalho de parto. Além disso, estimula uma participação ativa tanto da mulher quanto de seu acompanhante, favorecendo um suporte físico e emocional com uso de técnicas para alívio da dor e garantindo um protagonismo durante toda essa vivência, respeitando suas escolhas e posicionamentos.

## CONCLUSÃO

A partir do estudo, percebe-se que o processo de nascer no Brasil tem sido envolvido por um grande número de intervenções desnecessárias e um conjunto de violências, tornando-se um grave problema de Saúde Pública. Com isso, as mulheres têm sido vítimas de um processo violento, no qual têm perdido sua autonomia e o protagonismo durante o parto. As questões de gênero, na condição de posicionamentos sociais, vêm influenciando esse contexto e permitindo que essas situações se tornem realidade, além de estarem gerando aumento de intervenções desnecessárias e cesarianas eletivas devido ao medo levado às mulheres de sofrerem um processo traumático no parto natural.

Assim, evidencia-se uma necessidade de melhoria na assistência obstétrica brasileira. Algumas mudanças vêm acontecendo, porém de forma gradativa. É possível ver que a reorganização das redes de saúde, a capacitação profissional e a humanização do atendimento têm sido preocupações do governo frente aos serviços de saúde prestados; entretanto, apesar dos muitos movimentos para que haja uma mudança concreta dessa realidade, ainda se caminha devagar nesse aspecto.

Conclui-se que, além da melhoria nas condições de saúde, garantir à mulher as informações necessárias para um empoderamento frente ao processo gravídico facilita essa mudança e permite que elas ganhem seus espaços e sejam novamente colocadas como protagonistas desse momento.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar JM, D'Oliveira AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, jan./mar. 2011; 15(36):79-91.
- 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*, nov. 2013, 29(11):2287-2296.
- Barbosa GP, Giffin K, Tuesta AA, Gama AS, Chor D, D'Orsi E et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? *Cad. Saúde Pública*, nov./dez. 2003; 19(6):1611-1620.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: política nacional de humanização/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000.
- Costa AM, Guilherme D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, out. 2005; 39(5):768-74.
- Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
- Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Filha MMT et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, out. 2008; 13(5):1521-1534.
- Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. Saúde Coletiva*, set. 2005; 10(3): 669-706.
- Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Coletiva*, set. 2005; 10(3): 627-637.
- Domingues RMSM, Santos ES, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, 2004; 20 (Sup 1):S52-S62.
- Foucault M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. & RABINOW, P. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-249.
- Fundação Perseu Abramo. Pesquisa mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. 2010. Disponível em: <<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>> Acesso em: 29 nov. 2015.
- Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bóguis CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto

e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, out. 2002; 18(5):1303-1311.

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad. Saúde Pública, 2014; 30(Sup 1):S17-S47.

Leão MR, Riesco MLG, Scneck CA, Angelo M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciência & Saúde Coletiva, ago. 2013; 18(8):2395-2400.

Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 9-41.

Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidotto P. Tipo de parto: expectativas das mulheres. ver. Latino-am Enfermagem, out. 2012; 10(5):667-74.

Organização Mundial da Saúde. Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. 03 p., 1996.

Rattner Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009; 13(1): 595-602.

Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001. Acesso em: 12 set. 2015.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. IN: Mulher e realidade: mulher e educação. Porto Alegre, Vozes, dez. 1990; 16(2).

Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. FEMINA, set, 2010: 38(10):505-516.

Velho MB, Santos EKA, Brüggemann OM, Camargo BV. Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. Texto Contexto Enferm, jun. 2012; 21(2): 458-66.

Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2006) Código Orgánico Procesal Penal Código Civil Código de procedimiento Civil Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999)

World Health Organization. World report on violence and health. Bulletin of the World Health Organization 2002, 80 (11):905. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/bwho/v80n11/80n11a15.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2015.

.