

IMPLICAÇÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO PARTO

Aracelle Rodrigues Ferreira¹
Juliana Sodré de Oliveira²

RESUMO

A violência obstétrica é uma situação recorrente nas práticas da atenção destinada à mulher no parto. Este estudo tem o propósito específico de identificar como e quando essa violência obstétrica ocorre, evidenciar as consequências da mesma para a parturiente, ampliar a visão humanística do profissional de saúde em relação às parturientes e demonstrar os meios de evitar este tipo de violência. A pesquisa é qualitativa, descritiva e bibliográfica. Desenvolvida através de buscas viabilizadas pelas bases de dados: SCIELO, LILACS, BDNF e Google acadêmico e mediante o uso dos descritores: enfermagem obstétrica, violência obstétrica. Foram considerados artigos e periódicos publicados entre 1997 a 2015. A partir dos 16 artigos selecionados pôde-se constatar que a violência obstétrica é fruto da medicalização do corpo feminino e traz reflexos traumáticos para a vítima. Concluiu-se que o enfermeiro e a equipe de saúde devem enxergar a parturiente como ser individual e especial, além disso, humanizar a assistência é primordial para que sejam evitadas intervenções desnecessárias e por conseguinte a violência obstétrica no momento do parto.

Palavras-chave: Violência. Parturiente. Humanização.

ABSTRACT

Obstetric violence is a recurring situation in the practices of attention allocated to women in childbirth. This study has the specific purpose of identifying how and when this obstetric violence occurs, highlighting the consequences of it for the mother, expand humanistic vision of health professionals in relation to mothers and demonstrate the means to prevent this kind of violence. The research is qualitative, descriptive and literature. Developed by searching enabled by databases: SciELO, LILACS, BDNF and Google Scholar and through the use of descriptors: midwifery, obstetric violence. They considered articles and journals published from 1997 to 2015. From the 16 selected articles could be seen that the obstetric violence is the result of the female body medicalization and brings traumatic consequences for the victim. It was concluded that nurses and health staff should see the mother as an individual and special, in addition, to humanize care is paramount to unnecessary interventions and therefore obstetric violence be avoided at delivery.

Keywords: Violence. Woman in labor. Humanization.

¹Enfermeira, graduada em 2014 pela Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Faculdade AGES. E-mail: cellydeboa@hotmail.com

²Especialista em Enfermagem Oncológica, graduação em enfermagem na Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) em Salvador-BA. E-mail: juli.sodre@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A violência caracteriza-se como um grave fenômeno social que está em franca expansão, em todas as suas formas e, de modo especial, contra a mulher, ao longo da história e nos dias atuais ganhou caráter endêmico, fazendo-se cotidianamente presente em comunidades e países de todo o mundo, sem discriminação social, racial, etária ou religiosa (FONEITE; FEU; MERLO, 2012).

A violência contra a mulher é definida como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6). Logo, a violência contra a mulher apresenta-se em distintas expressões e uma delas tem sido muito presente e pouco identificada: a violência obstétrica.

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ et al.; 2012).

Silva et al. (2014) complementa ainda que o conceito internacional de violência no parto define qualquer ato ou intervenção direcionada à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências.

A violência obstétrica é bem definida pelo Projeto de Lei n. 7.633, que exemplifica práticas de violação dos direitos humanos da mulher, submetida a tratamento desumanizado, agressivo e desrespeitoso e tratadas como mera expectadora do nascimento de seus filhos e filhas (GIL, 2015).

Tratando-se de uma triste realidade. Uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto segundo pesquisa realizada, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado”.

Todavia, aos esforços de implantar a humanização no trabalho de parto e pós-parto, bem como, diante das constantes discussões sobre a importância das

ações humanizadoras neste momento, ainda assim, ações que insultam à integridade e direito da parturiente são vistas diariamente.

A violência obstétrica não é um fato inédito, e sim, algo que descende de uma cultura arcaica e pré-moldada pelos princípios patriarcais. Parir sempre designou um ato precedido de dor, sendo assim, a dor vinha associado ao parto e vice e versa. Por se tratar o parto de algo fisiológico, a dor que o acompanhava deveria também ser encarada de modo natural, suportada e aceita.

A Sagrada Escritura cita que as dores durante o parto são punições que a mulher deve sentir por ter cometido o pecado original, interferindo em seus sentimento e percepções a cerca deste momento, substituindo o sentimento de prazer durante a concepção pelo castigo (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

A reprodução deste pensamento no arcabouço histórico e cultural da sociedade leiga e de profissionais de saúde expõe a mulher à violência obstétrica e de gênero, sendo a dor inerente à experiência da maternidade. Entretanto, a dor que às vezes é de fato inevitável, é válida a tentativa de fazer deste momento, uma ocasião pouco menos incômoda. Logo, não justifica a violência e o abandono destas mulheres neste momento.

Deparar-se com esta realidade, dispensa necessariamente ser da área de saúde ou ter de aprofundar-se em questões específicas, porquanto, a violência obstétrica é noticiada frequentemente pela mídia. Igualmente em qualquer ato de violência, a violência obstétrica representa absurda covardia, visto que a vítima, já apresentando um estado vulnerável e dependente, se depara com a frieza e grossura de quem a está assistindo.

É inadmissível ficar alheio à esta violência, atitudes que caracterizem atos de hostilidade contra a parturiente devem ser desencorajadas para que não sejam costumeiros. É necessário que os obstetras estejam alertas e engajados nessa divulgação, a fim de garantir a saúde da mãe e do filho. Neste contexto, a problemática aborda sobre como a violência obstétrica no parto acontece para que se possa identifica-la e quais as consequências que esta pode gerar para a parturiente.

Face ao exposto, o objetivo geral deste estudo é abordar sobre a violência obstétrica no momento do parto. São objetivos específicos da obra: identificar como e quando a violência obstétrica acontece, evidenciar as consequências desta violência para a parturiente; ampliar a visão humanística do profissional de saúde

em relação às parturientes e finalmente demonstrar os meios de evitar este tipo de violência.

Um meio encontrado para deter este tipo de ação foi com o Ministério da Saúde que desenvolveu o Programa Maternidade Segura que objetiva respeitar a dignidade humana, os sentimentos, as escolhas e preferências de todas as mulheres, portanto, é mais do que a prevenção de mortes e morbidades e sim o desenvolvimento de um olhar holístico sobre as mulheres, abrangendo todo o biopsicossocial feminino (SILVA et al., 2014).

A relevância temática deste estudo se consolida pelo aperfeiçoamento da discussão sobre a violência obstétrica no parto em âmbito da saúde, político e social. Outrossim, espera-se trazer contribuições ao debate sobre a humanização na assistência da parturiente.

Ao direcionar os cuidados obstétricos antes, durante e após o parto, é preciso estar ciente de que é um direito da mulher receber tratamento livre de danos e maus-tratos, obter informação, consentimento esclarecido com possibilidade de recusa e garantia de respeito às suas escolhas e preferências, incluindo acompanhante durante toda a internação na unidade obstétrica, privacidade e sigilo, ser tratada com dignidade e respeito, receber tratamento igual, livre de discriminação e atenção equitativa, receber cuidados profissionais e ter acesso ao mais alto nível possível de saúde com liberdade, autonomia, autodeterminação e não-coerção (SILVA et al., 2014).

Para que a parturiente seja bem assistida neste momento tão peculiar, cabe aos profissionais da saúde a criação e utilização de conhecimentos científicos sistematizados e direcionados para a necessidade individual. Como exemplo, pode-se citar os instrumentos legais e básicos que preparam o enfermeiro para o desenvolvimento de um cuidado holístico e respeitoso, tornando a assistência ao ciclo gravídico-puerperal menos medicalizada como prega sua formação.

A atuação da enfermeira obstetra na assistência ao parto de baixo risco ou de risco habitual pode ser uma medida capaz de reduzir intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto, oferecendo um cuidado mais integral à mulher e sua família e colaborando, portanto, para a redução dos índices de violência sofridas por mulheres no momento do parto.

REFERENCIAL TEÓRICO

Violência obstétrica

Todo ser humano tem pelo princípio da bioética que rege a autonomia, direito pelo seu corpo, assim como ele quem deve fazer as escolhas que envolvam adentrar sua individualidade, sua intimidade. A mulher como ser humano tem este direito, e pode reivindicar por ele a qualquer momento.

O parto é um momento inesquecível na vida de qualquer mulher, apesar de ser associado muitas vezes à experiências dolorosas, nem sempre deve ser assim, na verdade, não precisa ser assim. Muitas mulheres, parturientes, passaram e passam até hoje por um momento traumatizante durante o parto. Isto porque, são alvos da violência obstétrica, que laceram, mutilam corpos e almas.

A violência obstétrica é definida pela Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, promulgada em 2007 na Venezuela, como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, o qual confere um trato desumanizado, através, por exemplo, de abuso de medicação e patologização dos processos naturais, o que acarreta a perda, pelas mulheres, de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, o que impactará negativamente na qualidade de vida (GIL, 2015, p.02).

A violência obstétrica é fruto da medicalização do corpo feminino, assim como o mesmo foi apropriado pelo saber médico. É um tema com pouca visibilidade, o que contribui para a naturalização deste tipo de violência e também a perpetuação dessa prática pela ignorância ou desconhecimento (FARIAS, 2015).

Este tipo de violência acontece diariamente, no entanto, um caso ou outro é declarado, o que mostra como o assunto é levado com desinteresse e descaso. O que se vê, é a disseminação do termo “humanização no parto”, sendo tratado da “boca para fora” sem pesquisar a base de sua existência, o motivo seria a contenção dos atos de violência.

Conforme Andrade e Aggio (2014) a definição de violência obstétrica, como um tipo de violência contra a mulher, consiste em qualquer ato realizado por profissionais da saúde em relação ao corpo e os processos reprodutivos das mulheres, sejam antes, durante ou depois do parto. Sendo exercido através do excesso de intervenções e onde os processos fisiológicos sejam medicalizados e patologizados.

Assim, conceitua-se violência obstétrica como um ato que agride física e psicologicamente à mulher em todo o seu ciclo parturitivo, ato este que pode tornar consequências ruins para a parturiente e até efeitos mais graves.

Os dados acerca da violência obstétrica no Brasil são alarmantes. No ano de 2010, a Fundação Perseu Abramo realizou uma pesquisa de opinião pública na qual mais de duas mil mulheres de todo o país foram perguntadas se já haviam sofrido algum tipo de violência provocada por profissional de saúde durante o atendimento ao parto. O resultado foi que 25% das entrevistadas que tiveram filhos das redes públicas ou privadas responderam “sim” (FUNDAÇÃO, 2010).

Pode-se dizer que constituem violência obstétrica, as práticas irregulares como: realizar cesariana ou episiotomia na mulher, sem consentimento; proibi-la de ser acompanhada por pessoa de sua escolha; submetê-la a procedimentos desnecessários, dolorosos ou humilhantes, tais como lavagem intestinal, realização do exame de toque repetidas vezes por mais de um profissional, impor que o parto normal ou vaginal seja feito em posição ginecológica; injetar hormônios no corpo da mulher para que o processo de parto seja acelerado; tratar a mulher gestante, parturiente, puérpera ou em situação de abortamento de forma agressiva, desrespeitosa, humilhante, zombeteira, ou em tom ameaçador, de forma que a faça se sentir constrangida (*Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, 2014).

[...] Os abusos e desrespeito no parto nas instituições de saúde acontecem de várias formas, tais quais: abusos verbais e humilhações profundas; violência física; ausência de consentimento esclarecido antes de realizar procedimentos, falta de privacidade; recusa de internação nas instituições de saúde; recusa em administrar analgesia; cuidado negligente durante o parto que pode levar a complicações evitáveis; detenção de mulheres nas instituições, após o parto, devido à incapacidade de pagamento; uso de ocitocina sintética; e também, a impossibilidade de acompanhante durante o parto (FARIAS, 2015, p.02).

A violência pode ocorrer antes, durante ou depois do parto. Atos desta natureza ultrapassam as recomendações científicas para assistência ao pré-natal e ao parto, através de uso abusivo da tecnologia em desrespeito ao processo fisiológico. É desesperadora em todos os sentidos esta imposição, a mulher se sente incapaz de exercer sua autonomia, pois está em posição de vulnerabilidade e se vê acuada diante dos procedimentos que lhe são impostos.

São muitas e comuns as ações nos hospitais consideradas violência obstétrica, como submeter a gestante a uma aceleração do parto desnecessariamente; privar a mulher da presença do acompanhante, garantido pela Lei Nº 11.108/2005; prescrever jejum a gestante; deixar de oferecer métodos naturais para o alívio da dor e/ou agendar cesárea (SILVA et al., 2014, p.02).

Privar a mulher de ter um acompanhante, é um agravante sem tamanho, ela deixa de se sentir segura em um ambiente que para ela já é estranho e amedrontador, sem falar que a ausência do acompanhante, dá mais espaço para acontecerem os atos de violência. O acompanhante é permitido por lei, e como toda lei deve ser respeitada.

Frases humilhantes e repetitivas que vão se reproduzindo de uma geração de médicos a outra, em forma de piadas, e que humilham, toques desnecessários e repetitivos, exposição do corpo da mulher em meio a maternidade, impedimento de se alimentar, de andar entre outras formas de agir (MIRANDA, 2015, p.03).

Contudo, a violência obstétrica não se configura apenas por meio da agressão física, psicológica ou verbal, mas também pode estar expressa na precariedade do sistema de saúde público, que é apontado como um fator para esta violência. A falta de equipamentos e desigualdade de oferta de leitos obstétricos e de unidades de tratamento intensivo, por exemplo, são a causa da “peregrinação” de mulheres à procura de leito em maternidades para que possam dar à luz (MENEZES et al., 2006).

Segundo Ferreira, Nunes e Paiva (2002) a estrutura das instituições que não permitiam a privacidade das pacientes, ou que punham em risco a segurança de todos e obstavam a circulação de profissionais e equipamentos. Quanto aos equipamentos, a falta de manutenção, também a escassez de recursos humanos, jornada de trabalho extensa, desorganização de horários para alimentação e repouso, tudo isso colabora para a violência obstétrica.

A violência obstétrica pode estar dividida de acordo com Ciello et al. (2012) quanto ao seu caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático. A violência obstétrica de caráter físico se configura quando ocorrem ações desnecessárias e infundadas sobre o corpo da mulher, estas podem interferir no parto, bem como causar dor ou danos físicos graves. Exemplo disso é a privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia, manobra de Kristeller,

uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

A violência obstétrica de caráter psicológico denota de toda ação verbal ou comportamental que venha ocasionar na mulher, sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. As ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais, são exemplos de violência obstétrica de caráter psicológico.

No que se refere a de caráter sexual, Ciello et al. (2012) refere que esta categoria é identificada por 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. À exemplo deste tipo de violência, a episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

Violência obstétrica de caráter institucional, é expressa pelas ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. O impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes (CIELLO et al., 2012).

A seguir, são descritas por Ciello et al. (2012, p.60-61) as características do tipo de violência obstétrica retratada em âmbito material:

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

Finalmente, em caráter midiático, refletem-se as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação.

Exemplos de violência obstétrica de caráter midiático, apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce Podem, em um mesmo fato, mesclarem-se os caracteres de violência obstétrica (CIELLO et al., 2012).

Consequências da violência obstétrica no parto

Salgado (2012) refere que as vítimas têm dificuldade de superar o trauma gerado pela violência obstétrica. Há indícios, inclusive, segundo ele, que o aumento de casos de depressão pós-parto seja consequência da violência obstétrica.

Como já pôde ser verificado nos registros acima, a violência obstétrica se dá por várias formas. A privação do direito ao acompanhante durante a cesárea e após a cirurgia é tão recorrente em nosso país que pesquisas denominam a recuperação anestésica como o período de ficar “largada no cantinho” (SALGADO, 2012; LINO, 2010).

Vale ressaltar que o acompanhante, em todos os momentos da evolução do parto, é de grande importância, pois foi comprovado cientificamente nos estudos de Ciello et al. (2012) que a presença de alguém conhecido da mulher, transmite calma e conforto para as mesmas, fazendo assim com que o trabalho de parto e o parto fluam de modo mais brando e rápido.

Quando este direito não é permitido à parturiente, os efeitos são desconforto, insegurança, medo, ansiedade e mais repercussões. De acordo com Salgado (2012) nos relatos de uma puérpera ela refere sobre esta questão que no pós-parto se sentiu sozinha e muito angustiada, sem atenção das técnicas de enfermagem e/ou informações sobre o seu marido e sobre seu bebê.

Quanto aos procedimentos considerados invasivos e danosos à mulher no atendimento ao trabalho de parto e parto normal. As consequências físicas podem ser dor, infecção, deiscência, maior volume de sangramento, dor nas relações

sexuais, maior risco de laceração perineal em partos subsequentes, resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios, prolongamento da incisão e hematoma (ROBINSON, 2012).

Em relatos de uma entrevista do estudo de Ciello et al. (2012) por conta destes procedimentos a parturiente relata ter sentido muita dor com uma manobra de 'massagem perineal' que foi feita durante o parto, relata ainda que quando foi solicitada a retirada da mão da médica do local, porque doía, a mesma se dirigiu à paciente de modo grosseiro, reafirmando sua autoridade no local. Ela ainda acrescenta, que após isso foi feita uma episiotomia sem aviso. E diz que até hoje tem sonhos e flashes dos momentos que passou na sala de parto, refere que chorou muito e ainda chora até hoje.

Verifica-se diante dos depoimentos pesquisados que as mulheres estão sendo submetidas ao corte e à sutura na vagina sem anestesia ou sem anestesia adequada causando traumas físicos e psicológicos. Muitas mulheres relatam que essa é a principal dor do parto.

Quanto as intervenções de verificação e aceleração do parto Ciello et al. (2012, p.171) relata na entrevista feita que:

Na hora do expulsivo, eu não tive alternativa de posição, então tive que me deitar na mesa obstétrica, minhas pernas foram amarradas aos estribos, um campo cirúrgico foi erguido de modo que eu não via quem eram as pessoas que entravam na sala e me viam de pernas abertas, embora escutasse a porta abrindo e fechando o tempo todo. Ainda não estava com dilatação completa quando ela me orientou a fazer 'força comprida' durante as contrações.

Já é de conhecimento que essas intervenções realizadas rotineiramente para acelerar o trabalho de parto e parto podem provocar diversas complicações para mãe e bebê, inclusive aumentam o risco de morbimortalidade de ambos. Essa abordagem que mais se assemelha a uma linha de montagem não considera as necessidades e diferenças de cada indivíduo, não considera a fisiologia do parto e nascimento além de submeter mãe e bebê a riscos desnecessários.

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, são dispostos diversos estudos que demonstram as graves complicações da prática desse procedimento e apesar disso a manobra é frequentemente realizada com uma pessoa subindo em cima da barriga da mulher,

ou apertando seu ventre com o peso do corpo sobre as mãos, o braço, antebraço ou joelho.

Este recurso foi abandonado pelas graves consequências que lhe são inerentes (trauma das víceras abdominais, do útero, descolamento da placenta), isso é também configura um grave indício de violência obstétrica.

A Humanização como proposta de impedir a violência obstétrica

A medicalização envolta no processo de trabalho de parto e parto vem retirando o protagonismo da mulher, onde o profissional da saúde passa de coadjuvante a ator principal dessa experiência, enfatizando o aspecto patológico e biológico como se a gravidez fosse doença, e reforçando as relações desiguais, o que pode vir a contribuir para o grande número de intervenções desnecessárias, como consequência a violência obstétrica e de gênero (BRASIL, 2001).

Existe no Brasil o que podemos denominar de “paradoxo perinatal” isso significa excesso de intervenções e taxas excessivamente elevadas de cesarianas e juntamente com isso uma elevada mortalidade materna e perinatal. O resgate do parto como evento fisiológico e a construção de um novo paradigma de assistência centrada na mulher irá proporcionar certamente a solução para esse paradoxo (MIRANDA, 2015, p.03).

Segundo Deslandes (2004), humanizar diz respeito à prestação de uma assistência que tenha como prioridade a qualidade do cuidado garantindo o respeito quanto aos direitos da paciente, sua individualidade e cultura, bem como a valorização do profissional que presta a assistência, estabelecendo um ambiente concreto nas instituições de saúde, que regularize o lado humano das pessoas envolvidas no processo de cuidar.

O conceito de atenção humanizada durante a parturição engloba conhecimentos, práticas e atitudes que têm em vista garantir o parto e nascimento saudáveis, levando em consideração a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

Portanto, exprime a necessidade de alterações no entendimento do parto, como experiência humana e, para aquele que presta o atendimento, uma transformação em como agir no momento oportuno diante do sofrimento do outro.

A humanização da assistência ao parto vem ao encontro dos desejos das mulheres de que a vivência do parto aconteça conforme suas perspectivas. Portanto, respeitar a autonomia, a individualidade e a privacidade são condições imprescindíveis para que ocorra o parto humanizado (GONÇALVES et al., 2011).

Se para humanizar o atendimento da mulher em período reprodutivo é necessário reconhecer a sua individualidade, é mister perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo do nascimento, de forma a reconhecer que o seu contexto cultural, histórico e antropológico, determinam as formas de conhecimento e ação no processo saúde doença (ANDRADE; AGGIO, 2014, p.05).

Portanto, humanizar é fazer o oposto de tudo que foi relatado como violência obstétrica. Humanizar é respeitar as decisões e o direito que a mulher-parturiente tem sobre seu corpo e sua gravidez. É permitir que ela experimente este momento da melhor e mais confortável forma possível. É fazer com que esta experiência de parir se torne inesquecível, não de forma ruim, mas sim por ter significado um momento emocionante e bonito como tem de ser.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por qualitativo, descritivo e o tipo de pesquisa é bibliográfica. Desenvolvido através de estudos viabilizados nas bases de dados: SCIELO, LILACS, BDEF e Google acadêmico. Foram utilizados os seguintes descritores: enfermagem obstétrica, violência obstétrica.

Quanto aos critérios para seleção, foram inclusos artigos e periódicos publicados na íntegra entre 1997 a 2015. Os critérios de exclusão adotados foram, artigos e periódicos incompletos, em língua estrangeira ou incongruentes com a proposta deste estudo.

A seleção do material foi realizada previamente através de uma leitura dos arquivos achados nos sites eletrônicos e base de dados. Pesquisa elaborada de maio à dezembro. Os dados evidenciados na análise foram discutidos e apresentados na forma descritiva, a fim de possibilitar a aplicabilidade dessa revisão na prática de obstetrícia.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão demonstrados os resultados em forma de quadro, relacionando as categorias expostas nesta obra. Utilizando o descritor enfermagem obstétrica, foram achados cerca de 644 arquivos na base LILACS, 555 na base BDEF, cerca de 300 na base SCIELO.

Como o descritor abrangia enfermagem na área obstétrica, por tentar sem êxito refinar a pesquisa, foram analisadas páginas por páginas das bases de dados, afim de encontrar registros mais específicos. Assim, foram selecionados cerca de 16 artigos no total sobre à violência obstétrica e a humanização do parto, 10 na base LILACS, 3 registros na BDEF, 3 na base SCIELO.

Abaixo seguem dispostos para a composição da discussão dos resultados, os artigos encontrados e aproveitados para esta dissertação, distribuídos segundo as respectivas: fonte, título, autores, periódico (vol, nº) e ano.

Quadro 1- Associação dos autores que discutem sobre violência obstétrica.

Fonte	Título do Artigo	Autores	Periódico (vol, Nº)	Ano
LILACS	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras / Obstetric violence according to obstetric nurses	Silva, Michelle Gonçalves da; Marcelino, Michelle Carreira; Rodrigues, Lívia Shélida Pinheiro; Toro, Rosário Carcaman; Shimo, Antonieta Keiko Kakuda.	Rev. RENE;15(4):720-728, jul.-ago.	2014
LILACS	Violência obstétrica: uma contribuição para o debate a Cerca do empoderamento feminino.	Miranda Zasciurinski, Juliana	Rio de Janeiro; s.n; 2015. 181 p. ilus, tab.	2015
SCIELO	Violência obstétrica: a dor que cala	Andrade e Aggio	Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248	2014
SCIELO	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.	Janaína Marques de Aguiar; Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira	Interface (Botucatu) vol.15 no.36 Botucatu Jan./Mar. 2011 Epub Dec 10, 2010	2010
SCIELO	Violência consentida:	Leila Regina Wolff; Vera	Saude soc. vol.17 no.3 São Paulo	2008

	mulheres em trabalho de parto e parto	Regina Waldow	July/Sept.	
BDENF	Breve análise sobre a violência obstétrica no Brasil	Suelen Tavares Gil	Rev. paul. enferm;27(2):[116-120], abr.- jun.	2015
BDENF	Quando a lente muda o retrato: um olhar sobre a Violência obstétrica	Kamila Gadelha Farias	Rio de Janeiro; s.n; 2015. 181 p. ilus, tab.	2015
BDENF	Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem	Angelina Alves Silva et al.	Revista Rede de Cuidados em Saúde ISSN-1982-6451	2015

Fonte: Dados da própria pesquisa

Quadro 2- Associação dos autores que discutem sobre humanização no parto.

Fonte	Título do Artigo	Autores	Periódico (vol, Nº)	Ano
LILACS	Presença de acompanhantes em centro obstétrico: implantação de uma mudança pró-ativa.	Florentino, Lucia Cristina; Gualda, Dulce Maria Rosa; Melleiro, Marta Maria; Wei, Chang Yi.	Rev. paul. enferm;27(2):[116-120], abr.- jun.	2008
LILACS	Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde	Fujita, Júnia Aparecida Laia da Mata; Shimo, Antonieta Keiko Kakuda.	REME rev. min. enferm;18(4):1006-1010, out.-dez.	2014
LILACS	Contribuição ao cuidado de enfermagem à humanização da parturiente	Zagonel, Ivete P. Sanson.	Cogitare enferm;2(2):34-38, jul.-dez. 1997. ilus.	1997
LILACS	A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal	Moura, Fernanda Maria de Jesus S. Pires; Crizostomo, Cilene Delgado; Nery, Inez Sampaio; Mendonça, Rita de Cássia Magalhães; Araújo, Olívia Dias de; Rocha, Silvana Santiagoda.	Rev. bras. enferm;60(4):452-455, jul.-ago. 2007. tab.	2007
LILACS	Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios	Seibert, Sabrina Lins.	Rio de Janeiro; s.n; 2010. 181 p. ilus, tab.	2010

	e efeitos esperados			
LILACS	Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto	Castro, Jamile Claro de; Clapis, Maria José.	Rev. latinoam. enferm;13(6):960-967, nov.-dez. 2005.	2005
LILACS	Significado de parto humanizado para gestantes	Versiani, Clara de Cássia; Barbieri, Márcia; Gabrielloni, Maria Cristina; Fustinoni, Suzete Maria.	Rev. pesquis. cuid. fundam. (Online);7(1):1927-1935, jan.-mar. 2015.	2015
LILACS	Enfermeiras obstétricas na humanização do alívio da dor de parto: um relato de experiência	Davi, Rejane Marie Barbosa; Torres, Gilson de Vasconcelos; Caldas, Rosângela de Medeiros; Dantas, Janmilli da Costa.	Nursing (São Paulo);11(124):424-429, set. 2008.	2008

Fonte: Dados da própria pesquisa.

Com relação à associação de autores que focaram na discussão sobre violência obstétrica. Silva et al. (2014) abre a discussão com sua pesquisa que fundamentou-se na violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Objetivou-se relatar com este estudo, a experiência de enfermeiras obstetras sobre a violência obstétrica vivenciada, presenciada e observada durante suas trajetórias profissionais.

Os resultados encontrados por Silva et al. (2014) foram divididos em verbalizações violentas dos profissionais de saúde às pacientes, procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados pelos profissionais de saúde e o despreparo institucional com ambientes desestruturados. Concluiu-se, por meio das falas das enfermeiras obstetras, inúmeras violências obstétricas vivenciadas e presenciadas em suas rotinas de trabalho.

Em sequência, Miranda (2015) que abarca o mesmo debate, acrescenta que frases humilhantes e repetitivas que vão se reproduzindo de uma geração de médicos a outra, em forma de piadas, e que humilham, toques desnecessários e repetitivos, exposição do corpo da mulher em meio a maternidade, impedimento de se alimentar, de andar entre outras formas de agir são componentes presentes na prática de violência obstétrica.

Entretanto, Andrade e Aggio (2014) contrapõe no debate com relatos de sua experiência. Em seu estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa, que objetivou retratar a violência obstétrica sofrida por mulheres no pré -parto e parto, a partir do relato de sua pesquisa, ele mostra que a maioria das mulheres refere ter recebido carinho, atenção, compreensão e apoio da equipe durante o parto e ensinamento quanto à força na hora certa. No entanto, o autor não isenta a minoria dos relatos confirmando a violência obstétrica, os quais foram também presentes na pesquisa.

Aguiar e Oliveira (2010) discute os dados de sua pesquisa sobre violência institucional em maternidades públicas, realizada no município de São Paulo. E comenta nos resultados que as entrevistadas relatam e reconhecem práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas, reagindo com estratégias de resistência ou de acomodação. Essas experiências ocorrem com tal frequência que muitas parturientes já esperam sofrer algum tipo de maltrato, o que revela uma banalização da violência institucional.

Percebe-se diante dos achados dos autores Aguiar e Oliveira que a violência é tão corriqueira nestes espaços que muitas mulheres não reagem ou já ficam na defensiva contra este tipo de ato, esperando as ações de hostilidade e acabam por consentir a violência não tendo outra opção de defesa visto seu estado de susceptibilidade.

Wolff e Waldow (2008) contribuem afirmando que em vários depoimentos percebeu-se, a presença de modos de ser com o paciente que são negativos, ou seja, essas atitudes configuram o não-cuidado à cliente, quando o profissional de saúde mostra-se indiferente e insensível a ela. Não existe envolvimento dele no modo de cuidar, mostrando uma desatenção em relação a ela, levando-a a sentir-se desvalorizada como pessoa.

Gil (2015) acrescenta que foi observada a não previsão de sanção para o descumprimento do disposto em leis que visam ao combate da violência obstétrica, o que perpetua a impunibilidade e a violência contra a mulher. Ou seja, existem leis, mas não se fazem cumprir.

Farias (2015) articula a violência obstétrica a partir da produção visual e audiovisual, seja a partir de documentários ou do projeto fotográfico acerca do tema. Nessas produções estão presentes as vozes e o relato de mulheres as quais sofreram com abusos e maus tratos, excesso de intervenções e a medicalização dos

processos fisiológicos. O intuito consiste em articular a narrativa das mães com o cenário presente e a mudança da assistência ao parto, além de trazer visibilidade e discussões a respeito desse tema.

Ele deixa como contribuição, a proposta do parto humanizado, com o mínimo de intervenções e onde a autonomia da mulher é preservada ao máximo. A mobilização de mulheres como importante na mudança das situações de violência, também mobilização do governo, da população, e equipe de saúde se unindo na extinção desta prática.

Silva et al. (2015) complementa dizendo que o suporte profissional no trabalho de parto e parto é um cuidado desenvolvido principalmente pela equipe de enfermagem e que proporciona bem estar para as parturientes, contribuindo para a humanização da assistência. Analisamos que o tema precisa ser abordado cada vez mais para termos uma mudança de paradigma, todavia, percebemos que este processo pode ser lento e gradual, porém, é totalmente necessário.

Partindo destas explanações, o segundo quadro que teve a intenção de reunir os autores que discutiram sobre humanização no parto. Florentino et al. (2008) inicia sobre a humanização no parto, com um elemento chave que abre portas para o processo de humanização no parto. O seu artigo trata-se de um relato de experiência sobre a humanização da assistência obstétrica, tendo como diretriz o direito da parturiente de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto.

Fujita e Shimo (2014) dão prosseguimento destacando outro item para efetivar a humanização neste âmbito, a atuação da enfermeira obstetra; utilizada como estratégia de ensino na formação e educação em saúde e precursora das técnicas não invasivas à parturiente. Zagonel (1997) enfoca-se na humanização da parturição mediante o cuidado de valor e de respeito multidimensional. Enfatiza a dicotomia da perspectiva funcionalista em contraste da função humanista na relação da enfermeira com a parturiente, em virtude da complexidade das ações de cuidado; também se indicam estratégias de atuação no consentâneo ao saber, ao fazer e ao ser da enfermagem, para se finalizar em apontar as ações de cuidado mais condizentes com a prevenção da mortalidade materna.

Concluiu Moura et al. (2007) em seus resultados que assistência de qualidade e humanizada ao parto e nascimento privilegia o respeito, dignidade e autonomia das mulheres, com resgate do papel ativo da mulher no processo parturitivo.

Seibert (2010) buscou identificar os critérios utilizados pelas enfermeiras obstétricas para empregar as tecnologias não-invasivas de cuidado no suporte físico à parturiente e quais são seus efeitos esperados. Os resultados demonstraram que alguns aspectos relacionados ao conceito ainda encontram-se pouco compreendidos pelas profissionais da área, entretanto este não é um entrave para que práticas/cuidados relacionados a esta nova terminologia sejam utilizadas durante a assistência à parturiente.

Castro e Clápis (2005) em contribuição com sua pesquisa objetivou identificar a percepção das enfermeiras obstétricas sobre humanização da assistência ao parto, bem como evidenciar, através dos discursos, as ações desenvolvidas no processo de nascimento e os fatores dificultadores da implementação dessa assistência. Ele concluiu que as enfermeiras entrevistadas relataram que o processo de humanização se deu como uma estratégia política que objetiva a melhoria da assistência e o resgate do parto mais natural possível e que acreditam na necessidade de mudança de paradigma para que o processo se concretize.

Foi compreendendo na pesquisa de Versiani et al. (2015) sobre o significado de parto humanizado para gestantes que o parto humanizado é como aquele em que o profissional tenha como prerrogativa o relacionamento empático e a competência técnica que propicie à mulher a vivência de um trabalho de parto e parto fisiológico como protagonista durante este processo. O autor concluiu que as gestantes definiram que o parto humanizado deve ser pautado nas bases filosóficas da humanização do parto e nascimento, preconizado pelo Ministério da Saúde, que tem como princípios o relacionamento interpessoal e uma assistência competente.

Em consenso Davi et al. (2008) acrescenta que as estratégias não farmacológicas utilizadas foram efetivas no alívio da dor das parturientes durante a fase ativa do trabalho de parto. Logo, é possível evitar o auto número de intervenções durante o parto e trabalho de parto, bem como, podem ser substituídas técnicas invasivas por aquelas que propiciem o bem estar da mulher, para que ela passe por este processo de modo tranquilo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo ser humano tem pelo princípio da bioética que rege a autonomia, direito pelo seu corpo, assim como ele quem deve fazer as escolhas que envolvam

adentrar sua individualidade, sua intimidade. A mulher como ser humano tem este direito, e pode reivindicar por ele a qualquer momento.

O parto é um momento inesquecível na vida de qualquer mulher, apesar de ser associado muitas vezes à experiências dolorosas, nem sempre deve ser assim, na verdade, não precisa ser assim. Muitas mulheres, parturientes, passaram e passam até hoje por um momento traumatizante durante o parto. Isto porque, são alvos da violência obstétrica, que laceram, mutilam corpos e almas.

A violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar. Dessa forma, tido como uma saída possível para práticas abusivas e medicalizadas é o parto humanizado, com o mínimo de intervenções e onde a autonomia da mulher é preservada ao máximo.

A mobilização de mulheres é essencial para esse tipo de situação mudar, entretanto não só isso é necessário, como também, o governo, a população, a equipe de saúde, os obstetras devem se unir para acabar com esse tipo de prática.

Além disso, cabe aos profissionais que lidam com esta mulher, entenderem que o plano de parto é reflexo do desejo da paciente e, por isso, deve ser discutido durante o pré-natal com os esclarecimentos sobre eventuais necessidades de intervenções, face a evoluções desfavoráveis durante a gestação e o trabalho de parto, mudanças podem ser necessárias.

A equipe de saúde deve seguir as boas práticas orientadas pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde: para o parto espontâneo oferecer a posição mais confortável, líquidos e métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor. A não indicação sistemática de venoclise, enema e tricotomia, devem ser o foco primário da assistência e as intervenções devem ser avaliadas na busca dos melhores resultados maternos e perinatais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. de M. Violência obstétrica: a dor que cala. **Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas**. Londrina, Paraná. Maio, 2014.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, Mar. 2011 .

BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M.V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e partos. **Rev. Latino-am Enfermagem**. v. 14, n. 3, p.14-21, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. latinoam.enferm**;13(6):960-967, nov.-dez. 2005.

CIELLO, C. et al. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**. 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em 15 Nov. 2015.

COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher**, ‘Convenção Belém do Pará’. São Paulo: KMG, 1996.

DAVI, R. M. B. et al. Enfermeiras obstétricas na humanização do alívio da dor de parto: um relato de experiência. **Nursing** (São Paulo);11(124):424-429, set. 2008.

DESLANDES, F. S. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

FARIAS, K.G. **Quando a lente muda o retrato: um olhar sobre a Violência obstétrica**. Rio de Janeiro; s.n; 2015. 181 p. ilus, tab. 2015.

FERREIRA, S. L.; NUNES, I. M.; PAIVA, M. S. Condições de trabalho de enfermeiras obstetras: aspectos de uma realidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n. 6, p. 652-657. 2002.

FLORENTINO, L. C.; et al. Presença de acompanhantes em centro obstétrico: implantação de uma mudança pró-ativa. **Rev. paul. enferm**;27(2):[116-120], abr.-jun. 2008

FONEITE, J; FEO, A; MERLO, J.T. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por elpersonal de salud. **Rev ObstetGinecol Venez**. v.72, n.1, 2012.

FUJITA, J. A. L. M.; SHIMO, A.K.K. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. **REME rev. min. enferm**;18(4):1006-1010, out.-dez.2014

FUNDAÇÃO Perseu Abramo. **Violência no parto: na hora de fazer não gritou**. 2010. Disponível em:<<http://novo.fpabramo.org.br/content/violencia-no-parto-na-hora-de-fazer-nao-gritou>>. Acesso em 10 Abr. 2015.

GIL, S. T. Breve análise sobre a violência obstétrica no Brasil. **Rev. paul. enferm**;27(2):[116-120], abr.- jun.2015.

GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.45; n.1; p. 62-70, 2011.

JUÁREZ, DIANA Y OTRAS. **Violencia sobre las mujeres :herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios** / Diana Juárez y otras.; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio. - 1ª ed. - Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

LINO, H. C. **O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica**. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

MENEZES, D. C.S. et al. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad. Saúde Pública**, 2006.

MIRANDA, J. Z. **Violência obstétrica: uma contribuição para o debate acerca do empoderamento feminino**. Rio de Janeiro; s.n; 2015. 181 p. ilus, tab. 2015

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm**;60(4):452-455, jul.-ago. 2007. tab.2007.

ROBINSON, J.N. **Approach to episiotomy**. Release: 20.6 - C20.11. Up to Date. Support Tag: [ecapp1102p.utd.com-200.144.93.190-551BA777FD-2556.14] Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy?view=print>>. Acesso em: 7 Nov. 2015.

SALGADO, H. O. A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. 2012. **Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil)** - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SEIBERT, S. L. **Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados**. Rio de Janeiro; s.n; 2010. 181 p. ilus, tab. 2010.

SILVA, A. A. et al. Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. **Revista Rede de Cuidados em Saúde** ISSN-1982-6451. 2015.

SILVA, M. G. et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras / Obstetric violence according to obstetric nurses. **Rev. RENE**;15(4):720-728, jul.-ago. 2014.

VERSIANI, C.C. et al. Significado de parto humanizado para gestantes. **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online);7(1):1927-1935, jan.-mar. 2015.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138-151, Sept. 2008.

ZAGONEL, I. P. S. Contribuição ao cuidado de enfermagem à humanização da parturição. **Cogitare enferm**;2(2):34-38, jul.-dez. 1997. ilus.1997.

APÊNDICE

Quadro- Síntese dos autores quanto ao seu método, população e instrumento.

ANDRADE, B. P.; AGGIO, C. de M. Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas . Londrina, Paraná. Maio, 2014.	
Método	Estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa
População	Quatro mulheres da área de abrangência do Centro Integrado de Atendimento (CIA) Vila Bela, do no município de Guarapuava-PR
Instrumento	A coleta de dados deu-se no mês de março de 2012, por meio de entrevista semiestruturada, sobre a vivência dessas mulheres no processo de parir e a discussão foi embasada na Política Nacional de Humanização ao parto.
AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface (Botucatu) , Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, Mar. 2011 .	
Método	Qualitativo
População	21 mulheres que tiveram seus filhos em maternidades públicas na zona oeste da cidade de São Paulo, em um período de até três meses após o parto.
Instrumento	Entrevistas semiestruturadas. A captação para as entrevistas se deu por indicação de profissionais de três Unidades Básicas de Saúde (UBS), daquela região da cidade, entre as mulheres acompanhadas pelo Programa de Saúde da Família. Todas as entrevistas foram realizadas na residência das informantes.
BEZERRA, M. G. A; CARDOSO, M.V. L. M. L. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e partos. Rev. Latino-am Enfermagem . v. 14, n. 3, p.14-21, 2006.	
Método	Qualitativo
População	Participaram sete parturientes que tiveram filhos através de parto normal, em uma maternidade pública de Fortaleza-Ceará.
Instrumento	Foi utilizada a Etnoenfermagem. Os achados foram refletidos na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, de Leininger, e foram organizados em três categorias: medo; influência das crenças e religiosidade e gestação anterior.
CASTRO, J. C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev. latinoam.enferm ;13(6):960-967, nov.-dez. 2005.	
Método	Abordagem qualitativa
População	16 enfermeiras de uma maternidade do interior do Estado de São Paulo.
Instrumento	Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, microgravadas, transcritas e organizadas para tabulação e análise.

FARIAS, K.G. Quando a lente muda o retrato: um olhar sobre a Violência obstétrica. Rio de Janeiro; s.n; 2015. 181 p. ilus, tab. 2015.	
Método	A metodologia utilizada consiste na análise fílmica de documentários
População	Relato de mulheres as quais sofreram com abusos e maus tratos, excesso de intervenções e a medicalização dos processos fisiológicos.
Instrumento	Documentários ou do projeto fotográfico
FERREIRA, S. L.; NUNES, I. M.; PAIVA, M. S. Condições de trabalho de enfermeiras obstetras: aspectos de uma realidade. Revista Brasileira de Enfermagem , Brasília, v.55, n. 6, p. 652-657. 2002.	
Método	Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa
População	A amostra foi constituída de dez enfermeiras habilitadas e/ou especialistas em enfermagem obstétrica, atuantes em seis instituições públicas de Salvador sendo quatro maternidades e dois hospitais gerais.
Instrumento	Foram utilizadas a entrevista e a observação participante, como técnicas de coleta de dados.
FUJITA, J. A. L. M.; SHIMO, A.K.K. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. REME rev. min. enferm ;18(4):1006-1010, out.-dez.2014	
Método	Relato de experiência sobre a produção de um documentário popular sobre parto humanizado no SUS.
População	Usuários atendidos em uma maternidade pública do município de Curitiba-PR e de profissionais de saúde que atuam na instituição.
Instrumento	Gravação, depoimentos.
GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias. Revista Escola de Enfermagem USP , v.45; n.1; p. 62-70, 2011.	
Método	Estudo com abordagem metodológica qualitativa, utilizando como referencial a fenomenologia social de Alfred Schutz.
População	Participaram do estudo sete puérperas que deram à luz na Casa de Parto e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
Instrumento	Entrevistas
LINO, H. C. O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica. Dissertação (mestrado em saúde pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.	
Método	Metodologia qualitativa.
População	Amostra foi composta por 28 sujeitos divididos em quatro grupos com 7 componentes cada, dentre eles profissionais e puérperas que chamamos de típicos, com concepções mais tradicionais de parto, e profissionais e puérperas que chamamos de atípicos, que defendem o parto natural.
Instrumento	Entrevistas semi-estruturadas.

SEIBERT, S. L. Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados. Rio de Janeiro; s.n; 2010. 181 p. ilus, tab. 2010.	
Método	Pesquisa quantitativa exploratória do tipo survey.
População	Enfermeiras obstétricas que atuam no cuidado da parturiente em território nacional, sendo que estas foram convidadas a participar, entre os meses de julho e setembro de 2009, através de e-mails survey individuais ou coletivos. Participaram do estudo 120 profissionais.
Instrumento	Questionário, que foi disponibilizado via internet, após a criação de um domínio e web site próprio para tal finalidade.
WOLFF, L. R.; WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saude soc. , São Paulo , v. 17, n. 3, p. 138-151, Sept. 2008 .	
Método	Recorte
População	Participaram do estudo 33 mulheres. As mulheres foram selecionadas observando-se o critério de terem permanecido internadas no Centro Obstétrico do Hospital onde se realizou o estudo e em trabalho de parto durante, pelo menos, seis horas.
Instrumento	Entrevistas

Fonte: Dados da pesquisa.