

Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes

Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience

Sônia Lansky (<http://orcid.org/0000-0001-5533-4858>)¹

Kleyde Ventura de Souza (<https://orcid.org/0000-0002-0971-1701>)²

Eliane Rezende de Moraes Peixoto (<https://orcid.org/0000-0003-2179-6071>)²

Bernardo Jefferson Oliveira (<https://orcid.org/0000-0002-9528-9147>)²

Carmen Simone Grilo Diniz (<http://orcid.org/0000-0002-0069-2532>)³

Nayara Figueiredo Vieira (<https://orcid.org/0000-0001-6218-1394>)²

Rosiane de Oliveira Cunha (<https://orcid.org/0000-0002-6442-3358>)²

Amélia Augusta de Lima Friche (<https://orcid.org/0000-0002-2463-0539>)²

Abstract *Excessive interventions during labor in Brazil have been reported as disrespect and abuse and contribute to neonatal and maternal morbidity and mortality. The Senses of Birth exhibition aims to encourage normal birth to promote health and improve the experience of childbirth in the country. This article describes the characteristics of 555 women who visited the exhibition during pregnancy and their perception of obstetric violence in childbirth. Obstetric violence was reported by 12.6% of the women, mostly low-income and unmarried. It was associated to lithotomic position and Kristeller maneuver during childbirth and non-immediate skin-to-skin contact with the baby. The main categories of obstetric violence reported were: not accepted interventions /accepted interventions on the basis of partial information (36.9%), undignified care / verbal abuse (33.0%); physical abuse (13.6%); non-confidential / non-privative care (2.9%) and discrimination (2.9%). Visiting the exhibition significantly increased pregnant women's knowledge about obstetric violence. However, recognition of obsolete or harmful practices as obstetric violence was still low. Initiatives such as Senses of Birth may contribute to increase knowledge and social mobilization to disseminate good practices in childbirth care.*

Key words *Violence against women, Parturition, Maternal and child health, Health education*

Resumo *O excesso de intervenções no parto no Brasil tem sido reportado como violência obstétrica e contribui para os índices elevados morbi-mortalidade materna e neonatal. A exposição Sentidos do Nascer busca incentivar o parto normal para promover a saúde e melhorar a experiência de parir e nascer no País. Este artigo analisa o perfil e a experiência de parto de 555 mulheres que visitaram a exposição durante a gestação, com enfoque na percepção sobre violência obstétrica. A violência obstétrica foi reportada por 12,6% das mulheres e associada ao estado civil, à menor renda, à ausência de companheiro, ao parto em posição litotômica, à realização da manobra de Kristeller e à separação precoce do bebê após o parto. Predominaram nos relatos de violência obstétrica: intervenção não consentida/aceita com informações parciais, cuidado indigno/abuso verbal; abuso físico; cuidado não confidencial/privativo e discriminação. A visita à exposição aumentou o conhecimento das gestantes sobre violência obstétrica. Entretanto, o reconhecimento de procedimentos obsoletos ou danosos na assistência ao parto como violência obstétrica foi ainda baixo. Iniciativas como esta podem contribuir para ampliar o conhecimento e a mobilização social sobre as práticas na assistência ao parto e nascimento.*

Palavras-chave *Violência contra a mulher, Parto, Saúde materno-infantil Educação em saúde*

¹ Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Av. Afonso Pena 2336, Funcionários. 30130-170 Belo Horizonte MG Brasil. sonialansky@gmail.com

² Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte MG Brasil.

³ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

O conceito *disrespect and abuse during childbirth* tem sido internacionalmente utilizado para designar o que no Brasil é denominado violência obstétrica (VO), violência no parto, violência institucional ou estrutural na atenção ao parto¹⁻⁴. Esta terminologia foi proposta para a identificação de qualquer ato de violência direcionado à mulher grávida, parturiente ou puérpera ou ao seu bebê, praticado durante a assistência profissional, que signifique desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos, opções e preferências. A violência obstétrica foi recentemente reconhecida pela Organização Mundial da Saúde, em 2014, como uma questão de saúde pública que afeta diretamente as mulheres e seus bebês⁵.

Considera-se como violência obstétrica desde demoras na assistência, recusa de internações nos serviços de saúde, cuidado negligente, recusa na administração de analgésicos, maus tratos físicos, verbais e ou psicológicos, desrespeito à privacidade e à liberdade de escolhas, realização de procedimentos coercivos ou não consentidos, detenção de mulheres e seus bebês nas instituições de saúde, entre outros^{5,6}. Abrange a não utilização de procedimentos recomendados, assim como a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e/ou obsoletos e que podem causar dano. Procedimentos não justificados podem gerar consequências e iatrogenias, com efeitos evitáveis sobre a saúde da mulher e a do bebê, como a distócia no parto, hemorragias e hipóxia neonatal, além da insatisfação da mulher e a depressão pós-parto⁵⁻⁷.

A violência obstétrica é considerada como violência de gênero, por se dirigir especificamente a mulheres e permear relações de poder desiguais na nossa sociedade^{8,9}. Em países como a Venezuela e a Argentina, por exemplo, a VO foi tipificada em legislação nacional como violência contra a mulher⁴.

No Brasil, a pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados¹⁰ verificou que uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto, desde gritos, procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e até negligência. Na pesquisa Nascer no Brasil, inquérito nacional realizado com 23.940 puérperas, identificou-se excesso de intervenções no parto e nascimento, apontando um modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e muitas vezes prejudiciais, expondo mulheres e crianças a iatro-

genias¹¹. Mais da metade das mulheres tiveram episiotomia, 91,7% ficou em posição de litotomia no parto, quando as evidências recomendam posições verticalizadas; a infusão de ocitocina e ruptura artificial da membrana amniótica para aceleração do trabalho de parto foi utilizada em 40% das mulheres e 37% foram submetidas à manobra de Kristeller (pressão no útero para a expulsão do bebê), procedimento agressivo e que traz consequências deletérias para a parturiente e seu bebê¹¹.

A hipermedicalização da assistência ao parto no Brasil, ilustrada pelas taxas elevadas de cesariana (56,9% em 2015)¹², o uso abusivo de ocitocina e da episiotomia, entre outros, tem sido associada a efeitos iatrogênicos e aumento da morbidade materna e infantil, como a prematuridade iatrogênica, a internação de bebês em UTI, a hemorragia e infecção maternas^{13,14}. Há um distanciamento das evidências científicas disponíveis desde 1985¹⁵ e recentemente atualizadas nas Diretrizes de Assistência ao parto normal do Ministério da Saúde^{16,17}, o que demanda mudanças no modelo assistencial para a promoção da saúde e prevenção quaternária, fundamentada no princípio da bioética de não maleficência: primeiro não lesar¹³. Para além da universalização do cuidado à saúde, é necessário avançar na qualidade e na segurança da assistência, uma vez que o cuidado desrespeitoso ou abusivo pode ter efeitos negativos na saúde¹⁸.

A repercussão da violência obstétrica sobre a utilização de serviços de saúde é uma preocupação, na medida em que a qualidade da assistência afeta a experiência de parir das mulheres, a experiência de nascer das crianças e a cultura da sociedade sobre o nascimento, e pode comprometer a credibilidade dos serviços de atenção ao parto⁶.

O excesso de mortes infantis evitáveis e o ritmo lento de queda da mortalidade materna no Brasil tem sido ressaltado como efeito, em parte, do excesso de intervenções sem indicação no parto e nascimento, com a persistência de mortes preveníveis pela atenção de saúde^{11,13,14}. A taxa de mortalidade infantil (TMI) de 14/1000 no Brasil é considerada elevada se comparada aos índices de países com nível igual ou inferior de desenvolvimento econômico e tecnológico como Chile, Costa Rica ou Cuba, que já atingiram 1 dígito de TMI.¹⁹⁻²¹ Para a morte materna seria recomendada uma razão < 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto o Brasil apresenta índices de 60/100.000²².

A violência obstétrica é, portanto, tema de relevância para a política pública de saúde da

mulher e da criança no Brasil, assim como para a formação dos profissionais e gestores de saúde, tendo em vista a necessidade de mudança das práticas assistenciais e do sistema de atenção ao parto e nascimento. No contexto brasileiro há grande influência cultural sobre a percepção do nascimento na sociedade relacionado ao excesso de utilização de procedimentos. A solidão da mulher sem acompanhante no parto, as interferências na fisiologia do trabalho de parto que aumentam o seu desconforto, a falta de privacidade e o controle profissional e institucional sobre o processo de parir tem sido considerado como fatores contribuintes para o excesso de cesarianas no Brasil⁴. Assim, na perspectiva das mulheres, a cesariana se tornou uma alternativa à violência ou maus tratos durante o parto^{4,10}.

Com o intuito de contribuir para a mudança da cultura da sociedade, com a valorização do parto normal e redução de intervenções desnecessárias, em 2015 foi estruturada a *Sentidos do Nascer*²³, uma iniciativa de mobilização e divulgação das práticas baseadas em evidências na atenção ao parto e nascimento. Trata-se de uma exposição inovadora em educação em saúde que, por meio de instalações interativas visando a implicação dos sujeitos, conjuga diferentes linguagens (arte-digital com técnicas teatrais) e suportes (vídeos e fotografias, cenários, painéis), de forma a envolver e emocionar o visitante e provocar reflexões, além de disponibilizar informação atualizada e baseada em evidências científicas. Entre março de 2015 a janeiro de 2017 foram realizadas 11 montagens, em espaços públicos de ampla circulação em cinco municípios brasileiros, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Niterói, Ceilândia e Brasília, e recebeu 36.444 visitantes. Durante o seu desenvolvimento foram avaliados os efeitos da exposição no conhecimento e na percepção dos visitantes sobre o parto normal e outros aspectos relativos à assistência ao parto, os riscos da cesariana e de procedimentos recomendados e os não recomendados pelo conhecimento científico, os direitos da mulher e do bebê, entre outros, com o intuito de dimensionar seu alcance em termos de transformação cultural, mobilização social e empoderamento da mulher no parto e nascimento. O objetivo deste artigo é analisar o perfil das gestantes que visitaram a *Sentidos do Nascer*, a sua percepção sobre violência no parto e nascimento e os fatores socioeconômico-demográficos e assistenciais associados ao relato de VO.

Método

Estudo transversal multicêntrico e multimétodos com componente quantitativo e qualitativo, integrante da pesquisa *Sentidos do Nascer*. Foram utilizados os dados coletados em entrevistas após o parto, entre junho de 2015 a janeiro de 2017, com 555 (43%) das 1290 gestantes que visitaram a exposição entre março 2015 e março de 2016 e aceitaram participar da pesquisa.

Foi utilizado questionário semiestruturado aplicado imediatamente após a sua participação na exposição, com a coleta de dados socioeconômico e demográficos, dados das gestações anteriores e da gestação atual, além de perguntas relativas ao conhecimento da gestante, sua informação e percepção sobre temas relacionados ao parto e nascimento, com o objetivo de mensurar o impacto da exposição na mudança da informação, conhecimento e percepção sobre o tema. O questionário pós-parto foi aplicado por meio telefônico ou respondido por meio eletrônico pelas mulheres, contendo perguntas sobre a sua experiência no parto. O evento de interesse deste estudo foi a percepção da mulher sobre violência obstétrica, obtida por meio da pergunta “Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/nascimento do bebê? Sim/Não/Não sei”. O objetivo dessa pergunta foi avaliar a percepção da mulher sobre a experiência de violência/maus tratos e analisar as variáveis associadas.

As variáveis explicativas foram divididas em quatro grupos: (1) Características sociodemográficas: idade (≤ 19 anos, 20 a 34 anos e ≥ 35 anos), cor da pele (negra [parda/preta], branca ou outras [amarela e indígena]), estado civil (solteira e separada ou casada e em união estável), escolaridade (ensino fundamental e médio/ ensino superior e mais), renda familiar (< 2 salários mínimos (SM), 2 a 5SM, e 5 a 10SM/ ≥ 10 SM), se possui plano de saúde (sim/não); (2) Informações sobre o parto: local do parto (SUS/ Saúde Suplementar/ domicílio), tipo de parto (cesárea/ vaginal e vaginal com fórceps ou vácuo extrator), satisfação do parto (péssimo/ ruim/ indiferente e bom/ótimo); (3) Marcadores assistenciais no parto e nascimento: posição no parto (supina/ litotômica e não supina), realização da manobra de Kristeller durante o parto, episiotomia e episiotomia informada (sim, não, não sabe), utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, acompanhante em todo o período de internação para o parto, contato pele a pele com o bebê imedia-

tamente após o nascimento e contato pele a pele com o bebê durante a 1ª hora após o nascimento (sim ou não); (4) conhecimento sobre VO antes e após a participação na *Sentidos do Nascer* (*nenhum/pouco/razoável e bom/muito bom*).

As categorias de escolaridade incluem os níveis completos (concluídos) e os incompletos (em curso). A renda familiar foi estratificada em faixas de valores múltiplos do salário mínimo da época da pesquisa (R\$788,00). Para a variável satisfação no parto, a entrevistada avaliou o seu parto numa escala entre 1 (péssimo) e 5 (ótimo). Para a análise, as avaliações de 1 a 3 foram agrupadas na categoria “péssimo/ruim/indiferente”, e 4 e 5, na categoria “bom/ótimo”. Os indicadores assistenciais do parto e nascimento foram: posição no parto (cócoras, no banquinho, semisentada, de quatro ou outra) consideradas para a categoria “não supina”, e a posição deitada na categoria “supina ou litotômica”; a pergunta “na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para a saída do bebê”, avaliou a realização da manobra de Kristeller; e “foi realizado um corte na vagina na hora do bebê nascer?” para avaliar se realizada episiotomia; caso afirmativo, a pergunta “você foi informada que esse corte seria feito?” avaliou se a realização da episiotomia foi informada. Para o cálculo das proporções das variáveis “posição no parto”, “Kristeller”, “episiotomia” e “episiotomia informada” foram consideradas apenas as mulheres que tiveram parto vaginal. Para a variável “oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor” foram consideradas todas as mulheres que passaram pelo trabalho de parto. Foi considerado contato pele a pele ou contato entre mãe e bebê sem roupas ou panos envolvendo o seu corpo.

Foi criada uma variável numérica identificadora para cada caso nos bancos de dados de gestantes e do pós-parto e realizada a junção dos dois bancos de dados por meio da ferramenta do programa “Merge Files”. Foi realizada análise descritiva por meio do cálculo de frequência dos dados categóricos e análise univariada, sendo realizado o teste qui-quadrado de Pearson e o cálculo do valor de p.

Para avaliar o efeito independente das variáveis de exposição foi realizada análise multivariada por regressão logística. Foram construídos dois modelos iniciais de regressão: Modelo 1 - considera a subamostra de mulheres que tiveram parto vaginal/vaginal com fórceps e as variáveis: posição no parto, Kristeller, episiotomia, episiotomia informada; Modelo 2 - considera todas as mulheres participantes do estudo: inclui a variável

“Tipo de parto” e exclui as variáveis relativas exclusivamente ao parto normal.

A regressão logística foi feita em duas etapas em cada um desses modelos. Inicialmente as variáveis que obtiveram valor de p igual ou menor que 0,20 na análise univariada foram avaliadas separadamente para cada bloco de variáveis: sócio-econômico demográficas/informação sobre o parto e marcadores assistenciais no parto. A estratégia de deleção sequencial foi aplicada e apenas as variáveis com valor de p igual ou menor que 0,10 permaneceram no modelo intermediário. Todas as variáveis que permaneceram no modelo intermediário formaram um modelo multivariado geral, e a mesma estratégia de deleção sequencial foi utilizada. Apenas as variáveis com valor de p menor que 0,05 permaneceram no modelo final de cada grupo. A qualidade do ajuste do modelo final foi avaliada pelo teste Hosmer-Lemeshow e o poder de explicação do modelo foi avaliado pelo pseudo-R² de Nagelkerke. Para o cálculo do *odds ratio* (OR) a categoria “Não sei” (25 mulheres, 4,5%) do evento percepção de VO foi definida como perda. Optou-se pela exclusão no modelo de regressão logística da variável explicativa *satisfação no parto*, já que essa variável expressa conteúdo similar ao da variável resposta VO (*Quem considera que sofreu VO provavelmente estará insatisfeita com o parto*) e *episiotomia informada*, devido ao pequeno de informações disponíveis e consequente efeito de instabilidade do modelo.

Os dados coletados em cada fase do estudo foram compilados em bancos separados e utilizou-se o programa estatístico IBM SPSS Statistics 20R.

Para análise da percepção das mulheres sobre a vivência de violência obstétrica foram utilizadas as categorias de VO elaboradas por Bower & Hill³ e sintetizadas no Brasil por Tesser et al.²⁴. A partir da resposta afirmativa à questão: “Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/no nascimento do bebê?” e os relatos à pergunta aberta “Você considera ter vivido violência/maus tratos no parto/cesariana/no nascimento do bebê - Por favor, comente”. 64 relatos foram organizados por meio de frequência simples nas categorias propostas: *abuso físico; imposição de intervenção não consentidas/intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas; cuidado não confidencial ou não privativo; cuidado indigno e abuso verbal; discriminação baseada em certos atributos; abandono, negligência ou recusa de assistência, detenção nos serviços*. Entre as 70 respostas afirmativas sobre a percepção de VO, seis (6) foram excluídas: uma (01), por não ha-

ver o relato e cinco (05) por não apresentarem no conteúdo elementos que possibilitassem seu enquadramento na categorização proposta.

Exemplos de relatos das situações de violência obstétrica foram selecionados em forma de fragmentos para ilustrar as vivências das participantes com sua respectiva categorização segundo a proposta de Tesser et al.²⁴.

Este estudo constitui parte da pesquisa “Sentidos do Nascer: Efeitos de uma exposição interativa na transformação da percepção sobre o parto e nascimento” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais. Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com a Resolução 412/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

O perfil do grupo em estudo é predominantemente de mulheres jovens com idade entre 20 e 34 anos (77,3%); 16,8% das mulheres tinham 35 anos ou mais e 5,9% eram adolescentes (Tabela 1). A maioria (51,8%) se identificou como negra (pardas/pretas), casada ou com união estável (84,5%) e 77,4% tinha ensino superior. A maior parte das mulheres declarou ter renda familiar acima de 2 salários mínimos (80,2%), 21,6% tinha renda acima de 10 salários mínimos e 78,8% relataram ter plano de saúde.

A maioria das mulheres teve parto em hospital do Sistema de Saúde Suplementar (59,2%), 36,3% utilizaram o SUS e 4,5% tiveram parto domiciliar (Tabela 1). A proporção de cirurgia cesariana no grupo estudado foi de 46,2%, 53,8% das mulheres tiveram parto vaginal e o índice de satisfação com o parto (bom/ótimo) foi de 77,7%.

Entre o grupo de mulheres que teve parto vaginal, 46,4% ficaram na posição litotômica no momento do parto, em 23,7% foi realizada a manobra de Kristeller, em 30,4% foi realizada a episiotomia, e a realização desse procedimento não foi informada para 35,6% das mulheres (Tabela 2). Dentre aquelas que tiveram trabalho de parto, 82,4% informaram ter tido acesso a algum tipo de método não farmacológico para a dor. A presença do acompanhante em todo o período de internação foi relatada por 85,2% das mulheres entrevistadas, 70,1% tiveram contato pele a pele imediato com o seu bebê e 57,3% tiveram contato pele a pele na primeira hora de vida.

Entre as 555 mulheres entrevistadas na gestação e após o parto, 70 (12,6%) responderam que

sofreram violência no parto e nascimento e 25 (4,5%) relataram não saber se houve violência.

Em relação à informação sobre violência obstétrica, 48,4% das mulheres relataram que tinham conhecimento bom ou muito bom antes de participarem da exposição *Sentidos do Nascer* e essa proporção aumentou para 87,0% após a visita à exposição; a diferença encontrada foi estatisticamente significativa ($X^2 = 54,34$; $p < 0,001$) (dados não apresentados). Houve também aumento da proporção de mulheres com conhecimento bom/muito bom sobre VO antes e depois de participarem da exposição (de 42,0% para 91,2%) entre as mulheres que reportaram VO na entrevista após o parto (Tabela 2). Entretanto, não houve associação entre conhecimento sobre VO e relato de VO antes e depois da visita, e esta variável não foi considerada para o modelo de análise multivariada.

Considerando a significância estatística $p \leq 0,20$ na análise univariada, as variáveis idade, cor da pele, estado civil, renda familiar, plano de saúde, local do parto, tipo de parto, posição no parto, manobra de Kristeller, episiotomia, acompanhante, contato pele a pele imediato e contato pele a pele na primeira hora de vida foram associadas ao relato de VO pela mulher e consideradas para os modelos de regressão logística multivariada. (Tabelas 1 e 2). Após a etapa intermediária da análise de regressão logística, as seguintes variáveis foram selecionadas para o modelo multivariado geral: Modelo 1 - Estado civil, renda, posição no parto, Kristeller; contato pele a pele imediato; Modelo 2 - Estado civil, renda, contato pele a pele imediato. Todas as variáveis dos modelos intermediários permaneceram associadas de forma independente ao relato de violência obstétrica em cada modelo ($p < 0,05$) - (Tabela 3). O Modelo final 1 e 2 apresentaram bom ajuste ($p = 0,59$ e $p = 0,76$) e explicaram 34% e 11% da variabilidade no relato de VO, respectivamente. (Valor de pseudo- R^2 de Nagelkerke)

Com relação à categorização da VO, dentre as 64 participantes que descreveram sua experiência, 44 (69%) das respostas se enquadraram em apenas uma categoria de VO; 14 (22%), em duas categorias, e seis (9%) em três ou mais categorias. Foram mencionadas 103 situações de VO, ou seja, cada relato abordou mais de uma categoria de desrespeito e abuso (Tabela 4). A categoria mais prevalente de VO (36,9%) foi *imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações relatadas parciais ou distorcidas*. A categoria *cuidado indigno e abuso verbal* foi referida em 34 (33%) das situações, *abuso físico*

Tabela 1. Características das mulheres entrevistadas no pós-parto de acordo com o relato de violência obstétrica, Sentidos do Nascer, Brasil, 2015-2017.

Características	Violência Obstétrica		Valor-p	Total (N = 530)* n(%)
	Sim (N = 70)* n(%)	Não (N = 460)* n(%)		
Idade				
≤19	2 (2,9)	29 (6,4)	**	31 (5,9)
20-34	59 (84,3)	347 (76,3)	0,136	406 (77,3)
≥35	9 (12,9)	79 (17,4)		88 (16,8)
Cor da Pele				
Negra (Parda/preta)	44 (62,9)	230 (50,1)	0,047	274 (51,8)
Outras	3 (4,3)	8 (1,7)	0,165	11 (2,1)
Branca	23 (32,9)	221 (48,1)		244 (46,1)
Estado civil				
Solteiro/separado	19 (27,1)	63 (13,7)	0,004	82 (15,5)
Casado/ união estável	51 (72,9)	397 (86,3)		448(84,5)
Escolaridade ¹				
Ensino Fundamental /Médio	12 (17,1)	106 (23,5)	0,240	118 (22,6)
Ensino Superior ou +	58 (82,9)	346 (76,5)		404 (77,4)
Renda familiar ²				
< 2 SM	14 (23,0)	84 (19,4)	0,509	98 (19,8)
2 a <5 SM	25 (41,0)	136 (31,3)	0,132	161 (32,5)
5 a 10 SM	17 (27,9)	112 (25,8)	0,731	129 (26,1)
≥ 10 SM	5 (8,2)	102 (23,5)		107 (21,6)
Plano de Saúde				
Não	21 (30,0)	91 (19,8)	0,052	112 (21,2)
Sim	49 (70,0)	368 (80,2)		417 (78,8)
Local do parto				
SUS	32 (45,7)	160 (34,9)	0,078	192 (36,3)
Domicilio	1 (1,4)	23 (5,0)	**	24 (4,5)
SS ³	37 (52,9)	276 (60,1)		313 (59,2)
Tipo de parto				
Cesárea	39 (55,7)	206 (44,8)	0,087	245 (46,2)
Vaginal/ Vaginal com fórceps ou vácuo extrator	31 (44,3)	254 (55,2)		285 (53,8)
Satisfação no parto				
Péssimo/ruim/indiferente	55 (78,6)	63 (13,7)	<0,001	118 (22,3)
Bom/Ótimo	15 (21,4)	397 (86,3)		412 (77,7)

*O totais variam de acordo com os dados perdidos. ¹Considerado ensino completo ou incompleto (em curso). ²Salário mínimo em 2015: R\$788,00. ³SS: Saúde Suplementar. **Cálculo do X² não é possível pois não foi atingido o número de indivíduos esperado para a célula..

foi apontado 14 (13,5%) vezes, e *abandono, negligência ou recusa de assistência* em 11 (10,6%); foram identificados 3 relatos (3%) na categoria cuidado não confidencial ou não privativo e 3 (3%) na categoria discriminação baseada em certos atributos. A categoria *detenção nos serviços* não foi referida nos relatos das participantes.

No Quadro 1 são apresentados fragmentos

dos relatos selecionados como ilustração das situações vivenciadas pelas mulheres (Quadro 1).

Discussão

Este estudo enfocou o tema da violência obstétrica a partir da percepção sobre a experiência

Tabela 2. Conhecimento sobre violência obstétrica (VO) antes e depois da participação na exposição Sentidos do Nascer e marcadores assistenciais no parto versus relato de violência obstétrica. Brasil, 2015-2017.

Características	Violência Obstétrica		Valor-p	Total geral (N = 530)* n(%)
	Sim (N = 70)* n(%)	Não (N = 460)* n(%)		
Conhecimento de violência obstétrica antes da visita a				
Exposição Sentidos do Nascer				
Nenhum/pouco/ razoável	40 (58,0)	230 (50,7)	0,258	270 (51,6)
Bom/ Muito bom	29 (42,0)	224 (49,3)		253 (48,4)
Conhecimento de violência obstétrica após da visita a				
Exposição Sentidos do Nascer				
Nenhum/pouco/ razoável	6 (8,8)	58 (12,7)	0,366	64 (12,2)
Bom/ Muito bom	62 (91,2)	400 (87,3)		462 (87,8)
Posição no parto ¹				
Supina/litotômica	25 (83,3)	105 (42,0)	< 0,001	130 (46,4)
Não supina	5 (16,7)	145 (58,0)		150 (53,6)
Kristeller ¹				
Sim	17 (56,7)	50 (19,8)	< 0,001	67 (23,7)
Não sabe	0 (0,0)	1 (0,4)	**	1 (0,4)
Não	13 (43,3)	202 (79,8)		215 (76,0)
Episiotomia ¹				
Sim	17 (54,8)	69 (27,4)	0,002	86 (30,4)
Não sabe	1 (3,2)	3 (1,2)	**	4 (1,4)
Não	13 (41,9)	180 (71,4)		193 (68,2)
Episiotomia informada ¹				
Não	11 (57,9)	25 (30,5)	0,025	36 (35,6)
Não sabe	1 (5,3)	4 (4,9)	**	5 (5,0)
Sim	7 (36,8)	53 (64,6)		60 (59,4)
Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor ²				
Não	10 (20,4)	55 (17,2)	0,582	65 (17,6)
Sim	39 (79,6)	265 (82,8)		304 (82,4)
Acompanhante em todo o período de internação				
Não	17 (25,4)	59 (13,3)	0,009	76 (14,8)
Sim	50 (74,6)	386 (86,7)		436 (85,2)
Contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento				
Não	37 (54,4)	119 (26,3)	<0,001	156 (29,9)
Sim	31 (45,6)	334 (73,7)		365 (70,1)
Contato pele a pele com o bebê na 1ª hora após o nascimento				
Não	37 (55,2)	184 (40,9)	0,027	221 (42,7)
Sim	30 (44,8)	266 (59,1)		296 (57,3)

* O totais variam de acordo com os dados perdidos. ¹População de mulheres que responderam ter tido parto vaginal. ²População de mulheres que responderam ter tido parto vaginal ou ter tido cesárea durante o trabalho de parto. **O cálculo do X² não é possível pois não foi atingido o número de indivíduos esperado para a célula.

de parto relatada pelas gestantes que visitaram a Exposição Sentidos do Nascer. A população deste estudo foi constituída predominantemente por mulheres de nível elevado de escolaridade e renda e com acesso à saúde suplementar. Expressam, possivelmente, um grupo de mulheres informadas e interessadas em se preparar para a

vivência do parto normal. De fato, a prevalência de cesariana nesta população foi de 46,2%, que, apesar de elevada, é menor do que a taxa do País em 2014, de 56,9%¹¹.

Observou-se que 12,6% das mulheres relataram vivência de VO, semelhante ao que foi verificado em estudo nacional realizado em 2010 que

Tabela 3. Modelos de regressão logística multivariada: fatores associados à violência obstétrica. Sentidos do Nascer, 2015 – 2017.

Características	Modelo 1 ¹ (n=252)*			Modelo 2 ² (n=487)**		
	OR	IC 95%	Wald (valor-p)	OR	IC 95%	Wald (valor-p)
Estado civil						
Solteiro/separado	3,00	1,06 – 8,56	4,25 (0,039)	2,06	1,05 – 4,08	4,36 (0,037)
Casado/união estável	1,00			1,00		
Renda familiar ³						
< 2 SM	1,76	0,15 – 21,10	0,20 (0,654)	2,81	0,95 – 8,33	3,46 (0,063)
2 a < 5 SM	9,29	1,02 – 84,76	3,90 (0,048)	3,11	1,12 – 8,59	4,77 (0,029)
5 a 10 SM	6,20	0,61 – 62,95	2,38 (0,123)	2,98	1,05 – 8,50	4,18 (0,041)
≥ 10 SM	1,00			1,00		
Posição no parto						
Supina/litotômica	3,89	1,13-13,38	4,64(0,031)	-	-	-
Não Supina	1,00			-		
Kristeller						
Sim	2,85	1,01 – 8,02	3,95 (0,047)	-	-	-
Não	1,00			-		
Contato pele a pele com o bebê imediatamente após o nascimento						
Não	4,02	1,39 – 11,66	6,56 (0,010)	3,19	1,82 – 5,59	16,47 (<0,001)
Sim	1,00			1,00		

¹ Universo de análise: Mulheres que tiveram parto vaginal/ vaginal com fórceps. ² Universo de análise: Todas as mulheres entrevistadas. ³Salário mínimo em 2015: R\$788,00. *Teste Hosmer-Lemeshow : X²=33,46; df= 36; Valor-p= 0,590. Teste Pseudo R² de Nagelkerke= 0,344. ** Teste Hosmer-Lemeshow : X²=6,60; df= 10; Valor-p= 0,762. Teste Pseudo R² de Nagelkerke= 0,111.

Tabela 4. Distribuição dos relatos de violência obstétrica segundo categorias de desrespeito e abuso durante o parto²⁴. Exposição Sentidos do Nascer. Brasil, 2015-2017

Categorias de violência obstétrica	N	%
1. Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas	38	36,9
2. Cuidado indigno e abuso verbal	34	33,0
3. Abuso físico	14	13,6
4. Abandono, negligência ou recusa de assistência	11	10,7
5. Cuidado não confidencial ou não privativo	3	2,9
6. Discriminação baseada em certos atributos	3	2,9
7. Detenção nos serviços	0	0,0
Total	103	100,0

entrevistou 2.365 mulheres brasileiras em 176 municípios brasileiros⁹. Com 542 entrevistadas sobre violência institucional na atenção ao parto, 12% responderam afirmativamente, ou seja,

identificaram espontaneamente esta situação. A proporção de respostas afirmativas aumentou para 25% quando descritas formas distintas de abuso e maus tratos que as mulheres reconheceram terem sofrido, mas não reportaram como VO⁹. De maneira semelhante, neste estudo foi frequente a situação de mulheres submetidas a procedimentos selecionados como marcadores assistenciais de violência na atenção ao parto que não identificaram estas práticas como VO. Assim, relataram ter vivenciado VO: apenas 25 (21,7%) das 115 mulheres que foram submetidas à manobra de Kristeller durante o parto; 29 (17,8%) entre as 163 mulheres que pariram em posição litotômica; 29 (29,0%) das 100 mulheres que tiveram episiotomia; 11 (16,7%) das 66 que não utilizaram métodos não farmacológicos durante o parto; 4 (23,5%) entre as 17 mulheres que ficaram sem acompanhante durante a internação para o parto; 37 (22,0%) entre as 168 mulheres que não tiveram contato pele a pele imediato com seu filho e apenas 37 (16,7%) das 221 mulheres que não ficaram com o seu filho na primeira hora de vida. Deste modo, pode-se dizer que a prevalência de 12,6% de VO foi subestimada, refletindo o desconhecimento e desinformação das mulhe-

Quadro 1. Fragmentos de relatos de violência obstétrica segundo categorias de desrespeito e abuso durante o parto e o nascimento²⁴ entre mulheres que visitaram a Exposição *Sentidos do Nascer*. Brasil, 2015-2017.

Categorias de desrespeito e abuso	Fragmentos dos relatos das mulheres
Imposição de intervenções não consentidas; intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	“Queriam amarrar meus braços”. “Eu não queria ter feito episiotomia. Não fui informada que seria feito o procedimento. Durante o parto eu pedi pra tomar uma dose de anestesia e depois que fizeram o corte que eu fui me dar conta que tinha feito.” “Oh, a única coisa que não gostei é de ter subido na minha barriga sem avisar”; “... meu marido foi obrigado a assinar um termo autorizando o uso de fórceps”. “comprometeu (o médico) a encaminhar meu plano de parto para a equipe da cesária e não o fez”. “Com 6 cm de dilatação eles me deitaram e queria que eu ficasse deitada. Eu tive que brigar pra ficar de cócoras porque minha filha não estava encaixada ainda. Não foi normal pra mim, de certa forma, porque eles fizeram um monte de coisas que eu não queria que acontecesse”; “Tive o corte no perineo e uma enfermeira empurrando minha barriga”;
Cuidado indigno e abuso verbal	“Porque eu me senti violada, na verdade, me senti agredida”; “O obstetra que me operou já entrou na sala de parto dizendo: ‘vamos acabar com isso que eu ainda preciso correr hoje’. A anestesista ficou no telefone o tempo todo falando com a operadora de crédito”; “Somos tratadas de maneira mecânica, quando perguntamos algo os profissionais não respondem com clareza o nosso questionamento”; “Eu percebi certa pressa nos profissionais que me atenderam por ser domingo à noite. Inclusive estavam um pouco desatentos pois era dia de clássico e estava sendo televisionado no hospital”. “... O médico falou de forma muito grosseira ‘eu sei que está doendo, não precisa gritar’. Eu me senti extremamente violentada”; “O médico cirurgião foi um grosso na forma de falar”;
Abuso físico	“...toda hora fazendo o exame de toque e forçando”. “...teve toque, desnecessário, parece que é forçado. E me senti mais exposta”; “Senti muitas dores depois na barriga porque tiveram que apertar minha barriga para ajudar a nascer”; “Me senti mutilada quando fizeram a episiotomia em mim”
Abandono, negligência ou recusa de assistência	“Eu fui deixada numa cadeira depois do pós-parto, logo que passou a anestesia. Quase uma tarde inteira sentada na cadeira. As enfermeiras não vinham me ajudar”. “Eles me largaram lá no corredor gritando por muito tempo e isso me deixou muito triste”; “Cheguei na maternidade já em trabalho de parto e não teve assistência, ganhei sozinha e minha mãe precisou correr atrás do médico para ajudar”;
Cuidado não confidencial ou não privativo	“Após me levarem ao bloco cirúrgico fizeram exame de toque em mim no corredor sem privacidade nenhuma”; “Fiquei em um quarto com mais de 6 gestantes, dividido por cortinas e divisórias. Escutava elas gritando de dor e aquilo me deixava mais nervosa, não tinha nada que pudesse me distrair!”
Discriminação baseada em certos atributos	“Fui muito maltratada do hospital, por ser de 23 semanas eles acharam que eu tinha tentado aborto e me maltrataram por isso”; “Houve atenção diferenciada para paciente conhecida do médico, ela entrou depois de mim e saiu antes bem antes para a cesariana”;

res sobre as recomendações assistenciais no parto e nascimento, práticas abusivas e sem respaldo científico utilizadas ainda de forma frequente.

A dificuldade de reconhecimento pelas mulheres da vivência de VO é questão complexa e influenciada por diversos fatores, semelhante às situações de violência doméstica. Há uma distância entre indicar a agressão sofrida, reconhecê-la e nominá-la como violência ou maus tratos²⁵. O reconhecimento do direito das mulheres à escolha e

recusa informada e de não serem submetidas a intervenções não consentidas é recente, e ainda não faz parte da cultura dos profissionais ou das mulheres. Além de informação adequada, a relação de poder entre profissionais e mulheres na atenção ao parto interfere no exercício da sua autonomia e preservação da integridade corporal e psicológica, para a decisão e escolhas informadas¹⁸.

A participação na exposição *Sentidos do Nascer* contribuiu para o aumento do conhecimento

das gestantes sobre VO, que passou de 48,4% antes da visita para 87,8% após a visita, apontando um efeito convergente com os objetivos da exposição de melhorar a informação para as gestantes. Foi ainda importante a mudança de 42,0% (antes da exposição) para 91,2% (depois da exposição) das gestantes com bom/muito bom conhecimento sobre violência obstétrica, entre as mulheres que reportaram violência obstétrica. Entretanto, apesar de 87,8% declararem ter bom ou muito bom conhecimento sobre VO após a visita à *Sentidos do Nascer*, foi baixo o reconhecimento das práticas assistenciais não recomendadas como violência obstétrica.

De maneira geral a população deste estudo teve uma experiência de parto e nascimento mais satisfatória (77,0%) do que a vivenciada pelas mulheres da Pesquisa Nascer no Brasil^{11,26} No inquérito nacional com puérperas, 7,8% das mulheres que não tiveram acompanhante no parto relatou violência verbal, psicológica ou física²⁶. A população de mulheres visitantes da *Sentidos do Nascer* parece refletir um grupo com maior interesse e melhor preparação para o parto. Ainda, a visita à exposição parece ter contribuído para o aumento do conhecimento e empoderamento das mulheres com relação às práticas assistenciais recomendadas.

O relato de violência obstétrica foi associada a práticas assistenciais obsoletas. A proporção elevada de mulheres submetidas à posição litotômica no parto, à manobra de Kristeller, à episiotomia, à episiotomia sem informação e à separação do bebê após o nascimento revela a persistência de práticas questionáveis na atenção ao parto. A posição litotômica no parto, 46,4% das mulheres que tiveram parto vaginal, é exemplo emblemático, uma vez que desloca o protagonismo da mulher no parto e interfere de maneira determinante na fisiologia do parto normal. A prática clínica distanciada das evidências científicas, a falta de transparência e a concentração de poder na tomada de decisões nas relações profissionais e institucionais com os usuários da saúde favorece a banalização de procedimentos não recomendados, que passam a ser consideradas normais.

A freqüente separação mãe e bebê após o parto, 29,9% imediatamente após o parto e 42,7% na primeira hora de vida, é também notável. Além da perspectiva do direito da mulher de ficar com o seu filho após o nascimento, do ponto de vista do bebê a separação de sua mãe é um aspecto negligenciado no Brasil, considerando-se os benefícios para a promoção saúde da criança, do desen-

volvimento neuro-psíquico, vinculação afetiva com a mãe e promoção do aleitamento materno. Normas institucionais obsoletas ainda utilizam a internação de bebês em locais como “berçários de normais”, infringindo o conhecimento científico, a legislação vigente para funcionamento de maternidades e as normas de segurança do paciente na atenção obstétrica e neonatal da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a Portaria do Ministério da Saúde de Alojamento Conjunto de 2016, e o Estatuto da Criança²⁷⁻³¹.

Houve associação independente entre estado civil (mulheres solteiras/separadas) e renda familiar com a percepção de violência obstétrica. O relato de VO foi 2,0 a 3,0 vezes maior entre as mulheres solteiras/separadas, considerando o grupo total de mulheres e as que tiveram parto vaginal, respectivamente. Para as mulheres com renda entre 2 e < 5 salários mínimos foi 9,3 vezes maior o relato de VO entre as que tiveram parto vaginal e 3,0 vezes maior quando consideradas todas as mulheres, comparadas ao grupo mulheres com renda ≥ 10 salários mínimos. Estudos brasileiros demonstraram a discriminação na assistência ao parto a que são submetidas as mulheres mais pobres e também as mulheres negras, como a peregrinação em busca de vaga hospitalar no momento do parto e menor utilização de analgesia para o parto^{32,33}. Deve-se levar em consideração a possibilidade de sub-dimensionamento de VO pelas mulheres mais pobres deste estudo (renda < 2 salários mínimos), em decorrência da maior dificuldade de informação sobre as práticas não recomendadas na assistência ao parto, assim como sobre os direitos na assistência de saúde, conforme verificado em estudo prévio⁹. Os intervalos de confiança amplos para os valores de *odds ratio* da variável renda familiar no Modelo 1 provavelmente decorrem do número pequeno em cada estrato.

Com relação às categorias de VO ou abuso e maus-tratos utilizadas neste estudo, não houve o objetivo de hierarquização ou representação de maior ou menor magnitude uma em relação à outra. A sua utilização propiciou a organização e análise das diferentes situações, que se mostraram explicativas, aportando “valor de uso” para as discussões. Neste estudo um terço das queixas de VO se relacionou à imposição de intervenções não consentidas ou aceitas a partir da manipulação de informação para a mulher. Outro terço se referiu ao cuidado indigno e abuso verbal. No estudo nacional de VO em 2010, houve predomínio da categoria violência física (17%), em destaque a queixa de dor com o toque vaginal

e a falta de acesso a métodos de alívio da dor; a segunda maior queixa foi relacionada ao sentimento de abandono e negligência (14%) seguido da violência verbal (12%)⁹. Identifica-se uma lacuna na cena de cuidado para atender os desejos da mulher e uso das práticas recomendadas na literatura, para alcance de maior satisfação e participação nas decisões sobre as interferências no seu corpo e processo de parir.

Há uma controvérsia sobre o uso da terminologia VO: apesar de abranger todo profissional envolvido na assistência à mulher no parto, argumenta-se em favor do uso do termo violência institucional, ampliando-se as responsabilidades sobre o evento. Por outro lado, o termo violência no parto ou VO sobressai nas falas e percepções das mulheres, popularizou-se, e tem sido amplamente utilizado pelos movimentos e redes sociais, ganhando destaque e frequência na mídia. Vem sendo incorporado institucionalmente como no caso do *Observatório de Violência Obstétrica do Brasil* da Universidade Federal do Rio Grande do Sul³⁴ e o Ligue 180 da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres³⁵, traduzindo a violência do sistema contemporâneo de atenção ao parto. Importante nesta abordagem é ampliar o reconhecimento das violências, promover as mudanças necessárias com ênfase no cuidado centrado na necessidade da mulher, assegurar o acesso às boas práticas e o respeito a seus direitos de autonomia e de decisão.

A medida subjetiva de percepção sobre a vivência de violência pode ser considerada uma limitação, na medida em que capta apenas a percepção não dirigida e não considera outras variáveis que poderiam aumentar o poder de explicação. O estudo de D'orsi et al.²⁶ utilizou variáveis explicativas como o tempo de espera, respeito, privacidade, clareza nas explicações, tempo disponível para fazer perguntas e participação nas

decisões, o que poderia trazer mais elementos de apoio ao reconhecimento das mulheres sobre a violência no parto e nascimento.

Estratégias como a *Sentidos do Nascer* podem ampliar e aprimorar a divulgação do tema e o empoderamento das mulheres e da sociedade. Coloca-se como uma oportunidade de divulgação de informação adequada sobre a assistência ao parto e nascimento e de mobilização social para a promoção do parto normal e dos direitos das mulheres e crianças à assistência qualificada e baseada em evidências científicas.

Conclusão

A violência obstétrica é uma situação de importância em saúde da mulher e da criança e influencia a cultura e a percepção sobre o parto pela sociedade. Entretanto, o relato espontâneo de VO por apenas 12,6% das mulheres reflete o desconhecimento e subestimação do problema. O relato de VO está associado a práticas assistenciais obsoletas e se concentra na população de menor renda. Afeta as mulheres de maneira diferenciada na sociedade brasileira, o que pode refletir iniquidades na assistência ao parto e nascimento. A participação na exposição *Sentidos do Nascer* aumentou o conhecimento sobre VO entre as gestantes. Iniciativas de mobilização social como essa podem contribuir para ampliar o conhecimento e a divulgação sobre o problema e apoiar a disseminação das boas práticas na assistência ao parto e nascimento, com a finalidade de reduzir as intervenções desnecessárias, reduzir o excesso de cesarianas, a morbi-mortalidade evitável e melhorar a experiência das mulheres no parto. Outros estudos analíticos e qualitativos complementares podem aprofundar a compreensão deste problema.

Colaboradores

S Lansky e AAL Friche conceberam, desenharam, analisaram e interpretaram os dados. KV Souza, ERM Peixoto, CSG Diniz, NF Vieira e RO Cunha analisaram e interpretaram os dados. BJ Oliveira concebeu o estudo e interpretou os dados. Todos os autores redigiram e revisaram o manuscrito.

Referências

1. D'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359(11):1681-1685.
2. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)* [periódico na internet]. 2009 [acessado em 2017 Mar 15]; 13(supl 1):[cerca de 10p.]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.
3. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. *USAID-TRAction Project Harvard School of Public Health* [periódico na Internet]. 2010 set [acessado 2017 Mar 17]; [cerca de 57p.]. Disponível em: http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf
4. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Journal of Human Growth and Development* [periódico na internet]. 2015 [acessado 2017 Mar 12]; 25(3):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa/OMS; 2014.
6. Bohren M, Hunter EC, Munther-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gulmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: A systematic review of qualitative evidence. *Reprod Health* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2017 Mar 14]: [cerca de 17p.]. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-11-71>
7. Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. *Rev Saude Publica*. 2017; 51:69.
8. Diniz CSG, D'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63(Supl. 10):33-42.
9. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SO, Bogus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo ou como eu desejo... Expectativas de gestantes usuárias do SUS a cerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saude Publica* [periódico na internet]. 2002 [acessado 2017 Mar 14]: [cerca de 9 p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/11003.pdf>
10. Venturi G, Godinho T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, SESC-SP; 2013
11. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):17-32.

12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *DATASUS*. [Internet]. [acessado 2017 Ago 31]: Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
13. Souza JP, Pileggi-Castro C. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. *Cad Saude Publica* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2017 Mar 11]; 30(Supl. 1):[cerca de 3p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0011.pdf>
14. Esteves-Pereira AP, Deneux-Tharaux C, Nakamura-Pereira M, Saucedo M, Bouvier-Colle MH, Leal MC. Caesarean Delivery and Postpartum Maternal Mortality: A Population-Based Case Control Study in Brazil. *PLoS ONE* 2016; 11(4):e0153396.
15. World Health Organization (WHO). *Appropriate technology for birth*. Genebra: Lancet, WHO; 1985.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida*. Brasília: CONITEC, MS; 2017
17. Brasil. Portaria Nº 353, de 14 de fevereiro de 2017. Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. *Diário Oficial da União* 2017; 14 fev.
18. Diniz S, D'Oliveira AFP, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod. Health Matters* 2012; 20(40):94-10.
19. Goretti A, Cascão A, Trindade, Rabello DN, Porto D, Oliveira H, Taniguchi M. Mortalidade infantil e na infância: perfil e evolução no período 1990-2014. In: *Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo "Aedes aegypti"* [acessado 2017 Ago 05]; Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/2017-0135-vers-eletronica-final.pdf>
20. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377(9780):1863-1876.
21. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bitencourt DAS, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad. Saude Publica* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2017 Mar 05]; 30 (Supl.):[cerca de 16p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>
22. Szwarcwald CL, Escalante JJC, Rabello Neto DL, Sousa Junior PRB, Victora CG. Estimativa da razão de mortalidade materna no Brasil, 2008-2011. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1); 71-83.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sentidos do nascer: percepções sobre o parto e nascimento*. [Internet] 2015. [acessado 2017 agos 11]: Disponível em: <http://www.sentidosdonascer.org/blog/2016/03/catalogo-da-exposicao/>
24. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer? *Rev. Bras. Med. Fam Comunidade* 2015; 10(35):1-12.
25. Schraiber I, D'Oliveira AFP, Hanada H, Figueiredo WCM, Kiss I, Durand. J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)* 2003; 6(10):41-54.
26. D'Orsi E, Brüggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, Ângulo- Tuesta A, Rattner D, Domingues RMSM. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saude Publica* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2017 Mar 11]; 30 (Supl. 1):[cerca de 3p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf>
27. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira AP, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, Gonçalves AC, Leal MC. Práticas de atenção hospitalares ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saude Publica* [periódico na internet]. 2014 [acessado 2017 Mar 14]; 30 (supl 1):[cerca de 12p.]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0128.pdf>
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 36 de 03 de Junho de 2008 - Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal*. Brasília: Anvisa; 2008.
29. Brasil. Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Serviços de atenção materna e neonatal: segurança e qualidade*. Brasília: Anvisa; 2014.
31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. *Diário Oficial da União* 2016; 24 out.
32. Leal MC, Gama SGN; Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saude Publica* 2005; 39(1):100-107.
33. Domingues RM, Dias MA, Schilithz AO, Leal MD. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. *Reproductive Health* 2016; 13(Supl. 3):115.
34. Observatório da Violência Obstétrica no Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [acessado 2017 Mar 11]; Disponível em <https://www.observatoriovobrasil.com.br/blank-2>
35. Brasil. *Ligue 180. Central de Atendimento à Mulher*. [acessado 2017 Mar 11]; Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/violencia/ligue-180-central-de-atendimento-a-mulher>

Artigo apresentado em 23/03/2017

Aprovado em 09/02/2018

Versão final apresentada em 11/02/2018

