

REPERCUSSÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS NA VIDA DE MULHERES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Brenda Freitas Pontes

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense - Campus Universitário de Rio das Ostras. Bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

E-mail: brendafreitaspontes@id.uff.br

Jane Baptista Quitete

Enfermeira Obstétrica, graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com Habilitação em Enfermagem Obstétrica pela UERJ. Especialista em Enfermagem da Mulher e Obstetrícia Social pela UERJ, Mestre em Enfermagem, Saúde e Sociedade pela UERJ.

Doutora em Enfermagem pela UERJ.
E-mail: janequitete@gmail.com

Daniela Matos de Oliveira

Enfermeira Obstétrica, graduada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense - UFF/ Campus Rio das Ostras. Enfermeiro de Família e Atenção Domiciliar do Secretariado Municipal de Saúde de Pirai, Brasil.

E-mail: daniella-oliver@hotmail.com

Maithê de Carvalho e Lemos Goulart

Enfermeira, Enfermeira, graduada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Mestre em Enfermagem pela UFRJ, Doutora em Enfermagem e Biociências pela UFRJ.

E-mail: maithegoulart@gmail.com

Isabel Cristina Ribeiro Regazzi

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro), graduação em Medicina pela Universidade do Grande Rio) e mestre em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade do Rio de Janeiro. Especialização em Medicina do Tráfego pela UNIRIO/HUGG. Especialização em Homeopatia pela UNIRIO e Especialização em Acupuntura pela UFF. Especialização em Dor e Cuidados Paliativos pela UFRJ - HUCFF. Auriculomedicina Francesa pelo IMBA - MG.

Doutora em Ciências pela UNIRIO.
E-mail: violetafloral@hotmail.com

Virgínia Maria de Azevedo Oliveira Knupp

Doutora em Ciências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestre em Enfermagem pela UNIRIO em 2010. Especialista em Avaliação em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz.

Graduação em Enfermagem pela UNIRIO.
E-mail: virgulaknupp@yahoo.com.br

Submissão: 29/11/2020

Aprovação: 21/03/2021

Publicação: 21/03/2021

Como citar este artigo:

Pontes BF, Quitete JB, Oliveira DM, Goulart MCL, Regazzi ICR, Knupp VMAO. Repercussões físicas e psicológicas na vida de mulheres que sofreram violência obstétrica. São Paulo: Rev Recien. 2021; 11(35):443-450.

DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.35.443-450>

Resumo: Descrever as repercussões da violência obstétrica na vida de mulheres que pariram em uma maternidade pública do município de Rio das Ostras/RJ. Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada em 2016, com oito mulheres que pariram em uma maternidade pública do município de Rio das Ostras/RJ. Utilizou-se entrevista semiestruturada, tendo como pergunta norteadora: "Fale-me como foi seu trabalho de parto e o seu parto e quais as repercussões deste na sua vida?". Os depoimentos foram tratados por análise de conteúdo. O parto vivido pelas participantes foi repleto de violência obstétrica, configurando duas categorias temáticas: repercussões físicas e psicológicas. As repercussões físicas foram a incontinência urinária e dificuldade no retorno a vida sexual. As repercussões psicológicas foram estresse pós-traumático, dificuldades na relação mãe e filho e formação do vínculo materno, dificuldades na amamentação. Evidencia-se a necessidade de qualificar os profissionais de saúde que assistem mulheres durante o parto, com subsídios das evidências científicas.

Descritores: Violência Contra a Mulher, Parto, Direitos Sexuais e Reprodutivos, Enfermagem Obstétrica.

Physical and psychological repercussions in the lives of women who have suffered obstetric violence

Abstract: To describe the repercussions of obstetric violence in the lives of women who gave birth in a public maternity hospital in the city of Rio das Ostras / RJ. Descriptive research with a qualitative approach, conducted in 2016, with eight women who participated in the public maternity hospital in the city of Rio das Ostras / RJ. The semi-structured interview was used, with the guiding question: "Tell me about your labor and delivery and what are the repercussions of your life?". The testimonials were created by content analysis. The set experienced by the participants was replaced by obstetric violence, configuring two thematic categories: physical and psychological repercussions. The physical repercussions were urinary incontinence and difficulty in returning to sexual life. The psychological repercussions were post-traumatic, difficulties in the mother-child relationship and formation of the maternal bond, difficulties in breastfeeding. It is evident the need to qualify health professionals who assist women during childbirth, with subsidies from clinical sciences. **Descriptors:** Violence Against Women, Childbirth, Sexual and Reproductive Rights, Obstetric Nursing.

Repercusiones físicas y psicológicas en la vida de mujeres que han sufrido violencia obstétrica

Resumen: Describir las repercusiones de la violencia obstétrica en la vida de las mujeres que dieron a luz en un hospital público de maternidad en la ciudad de Rio das Ostras/RJ. Investigación descriptiva con enfoque cualitativo, realizada en 2016, con ocho mujeres que participaron en el hospital público de maternidad en la ciudad de Rio das Ostras/RJ. Se utilizó la entrevista semiestructurada, con la pregunta orientadora: "¿Cuéntame sobre tu trabajo de parto y parto y cuáles son las repercusiones de su vida?". Los testimonios fueron creados por análisis de contenido. El conjunto experimentado por los participantes fue reemplazado por violencia obstétrica, configurando dos categorías temáticas: repercusiones físicas y psicológicas. Las repercusiones físicas fueron incontinencia urinaria y dificultad para volver a la vida sexual. Las repercusiones psicológicas fueron postraumáticas, dificultades en la relación madre-hijo y formación del vínculo materno, dificultades en la lactancia. Es evidente la necesidad de calificar a los profesionales de la salud que ayudan a las mujeres durante el parto, con subsidios de las ciencias clínicas. **Descriptores:** Violencia Contra la Mujer, Parto, Derechos Sexuales y Reprodutivos, Enfermería Obstétrica.

Introdução

Atualmente, a defasagem na formação dos profissionais de saúde sobre saúde sexual e reprodutiva, influenciam diretamente nas práticas negligentes e na ocorrência da violência obstétrica, tornando-se um grande problema de saúde pública¹. Entretanto, o código de ética, a humanização da assistência e a obstetrícia baseada em evidências científicas buscam novos caminhos para suprimir as práticas assistenciais que infringem os direitos das mulheres².

É de extrema relevância incentivar o diálogo, entre os profissionais envolvidos com o cuidado, de uma forma educativa que não leve em conta apenas o modelo biomédico, mas que priorize questões relativas ao gênero, à sexualidade, à autonomia e à liberdade a fim de promover a promoção, a proteção e o exercício da sexualidade e da reprodução como um direito, pautadas na integralidade da atenção, como norteadoras das práticas assistenciais no âmbito da atenção à saúde. Profissionais de saúde devem estar qualificados, observando o indivíduo como um ser completo e olhar atento a família e comunidade^{3,4,5}.

A violência contra a mulher pode ser considerada um problema de saúde pública, na medida em que atinge mulheres de todas as idades, classes sociais, cor, grau de instrução e possui grande potencial para causar dano à saúde física e mental¹. Aumentar o incentivo à pesquisa, criar programas de promoção da saúde materna, desenvolver estruturas baseadas em direitos para ação, gerar dados sobre a prevalência de desrespeito e abuso, além de propor intervenções para mitigá-los e, por fim, impulsionar iniciativas intersetoriais que incentivem a participação de

mulheres, são medidas para minimizar a violência contra a mulher no âmbito da saúde^{6,7,8}.

Os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos já reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Os direitos, a saúde sexual e a saúde reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e são considerados uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos Direitos Humanos⁸.

No Brasil ainda não há uma legislação específica que tipifica e criminaliza a violência sofrida por mulheres durante o trabalho de parto. Em outros países latino-americanos, como a Venezuela e Argentina, a violência contra a mulher é mais específica, incluindo entre seus tipos a violência durante o parto que é caracterizado como violência obstétrica⁹.

A Organização Mundial de Saúde tipifica a violência sofrida no parto como maus-tratos, abusos e desrespeito durante o trabalho de parto, parto e pós-parto^{10,9}. A violência obstétrica pode ser praticada pelo Estado, instituição ou profissional de saúde por ações de violência física, violência verbal, ausência de consentimento, anulação da autonomia, excessiva medicalização e por omissões no cuidado deficiente, abandono, negligência, peregrinação, negativa de assistência¹¹.

Apesar de todo o movimento de humanização da assistência e inclusão do protagonismo feminino nos protocolos do Ministério da Saúde, muitas mulheres passam ou já passaram por algum tipo de atitude discriminatória ou desumana na assistência ao parto, como abusos verbais e realização de procedimentos desnecessários, dentro de instituições públicas de saúde¹.

Estudos mostram que 25% das mulheres brasileiras já sofreram algum tipo de violência obstétrica. Este dado é impactante visto que, independente do tipo de violência sofrida, esta pode desencadear danos à saúde mental das mulheres, podendo também influenciar a relação com o meio familiar¹².

Entretanto, apesar do que se imagina, a violência obstétrica nem sempre ocorre de forma agressiva, ela pode ser sutil e sedutora, induzindo a mulher vulnerável a aceitar a conduta como a ideal e única possível¹¹. Igualmente, é importante atentar que é violação dos direitos das mulheres não informá-las sobre os procedimentos a serem realizados e o porquê destes, não permitir a presença de um acompanhante durante a consulta de admissão, o trabalho de parto e o parto, restringir a mulher ao leito para parir em posição litotômica, manter as parturientes em dieta zero e restritas ao leito durante todo o trabalho de parto, administração de ocitocina de rotina, realização de manobra de *kristeller*, realizar episiotomia sem consentimento, dentre outras questões^{13,2,11,14}.

Salienta-se que a realidade brasileira está distante do ideal, diante de outros países que estão à frente inclusive nos termos legais de proteção a mulher e, nos leva a refletir sobre as discussões e iniciativas a serem tomadas para a mudança deste cenário de violência obstétrica. Ressalta-se ainda, a importância do papel dos profissionais de saúde e as implicações na saúde materna, buscando o enfrentamento das situações que colocam a parturiente em risco de ter seus direitos violados, assim como a contribuição para proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para se parir.

Portanto, esta pesquisa objetivou descrever as repercussões da violência institucional obstétrica na vida de mulheres que pariram em uma maternidade pública do município de Rio das Ostras/RJ.

Material e Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada no ano de 2016. A seleção das participantes do estudo ocorreu por meio da técnica de bola de neve ou *snowball*, método de amostragem intencional que permite a definição de uma amostra por meio das indicações procedidas por pessoas que compartilham ou conhecem outras, com características em comum de interesse do estudo¹⁵.

A seleção das participantes ocorreu através da indicação de mulheres gestantes ou puérperas, participantes de um Grupo de Gestantes conduzido por mulheres do município de Rio das Ostras/RJ, sem nenhum vínculo governamental. Estas gestantes indicaram outras mulheres que haviam parido em uma maternidade do hospital público, do município de Rio das Ostras/RJ. As primeiras entrevistadas indicaram outras e assim sucessivamente, até que ocorresse a repetição dos dados, ou seja, a coleta de dados foi encerrada após oitava entrevista, momento em que houve saturação dos dados.

Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos de idade; ter parido filho saudável; ter parido pelo menos um dos seus filhos no referido hospital. O único critério de exclusão foi ter apresentado complicação ou patologia durante a gestação, parto ou puerpério, exigência do comitê de ética em pesquisa.

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista com instrumento semiestruturado, tendo como pergunta norteadora: “Fale-me como foi seu

trabalho de parto e o seu parto e quais as repercussões deste na sua vida?”. As entrevistas gravadas, foram ouvidas e transcritas, passaram por leitura exaustiva, fracionamento e nomeação dos incidentes, agrupamento temático e nomeação de categorias temáticas, em consonância com a Análise de Conteúdo¹⁵.

Assegurando os preceitos éticos da resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como considerando os riscos emocionais que poderiam trazer algum tipo de incômodo, as participantes da pesquisa aceitaram dela participar voluntariamente e foram identificados com letras do alfabeto. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, sob o parecer Nº 1.109.636/2015.

Resultados

As falas das participantes deste estudo revelaram que o parto vivido por elas foram eventos repletos de violência institucional e obstétrica e, ainda, que houve repercussões físicas e psicológicas advindas deste momento, emergindo como as duas categorias temáticas.

A categoria temática “repercussão física” aponta o resultado no corpo da parturiente, advindo da violência sofrida durante o processo de parir. O tratamento recebido pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto revelou a falta de preparo dos profissionais de saúde, utilizando técnicas não mais recomendadas e que causam dor, como a episiotomia e a manobra de *Kristeller*^{16,1}. Dentre algumas atitudes intoleráveis que marcaram as mulheres, foram citadas:

“Eu falei: estou sentindo muito, esta ardendo muito, do lado esquerdo está ardendo muito! [...] Aí eles [médicos] falaram: é assim mesmo. Daí eu falei: não, está doendo! Daí ele [médico] falou: que ia acelerar por que não dava mais para voltar atrás. E eu senti tudo [episiorrafia].” (Entrevistada H).

Ressalta-se que a assistência em saúde deve ser pautada no princípio da não maleficência, ou seja, práticas livres de danos físicos e que não violem os direitos humanos¹. Todavia, no Brasil, 53,4% das mulheres que tiveram seus filhos por parto vaginal, foram submetidas a episiotomia.¹⁷ O abuso físico sofrido por mulheres no parto pode levar a consequências em sua vida pós-parto, como a dor, a destruição da autoimagem e autoestima, o descontentamento com o corpo do pós-parto, rejeição e a insegurança⁸, como descreveram as participantes a seguir:

“Eu fiquei um mês sem poder sentar, eu não sentava eu não podia fazer xixi, eu ia para o banheiro e fazia xixi em pé.” (Entrevistada A).

A episiotomia repercute na função intestinal, urinária e sexual das mulheres, causa insegurança e constrangimento com relação a seu corpo, principalmente em relação à genitália e fica o temor da rejeição pelos parceiros e o medo de não serem desejadas devido a cicatriz resultante da episiorrafia, além da dor sentida no ato sexual³. Inclusive é uma das causas de vaginismo¹⁸. A sua realização sem indicação pode levar a dores e problemas sexuais durante muito tempo¹⁶.

“A cicatriz [episiorrafia] é feia, enfim não desejo para ninguém. São dez pontos de mutilação no corpo e na alma.” (Entrevistada B).

A episiotomia é considerada uma violência obstétrica de caráter sexual, esta é conceituada como 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, sem consentimento informado⁸.

De acordo com o Manual de Boas Práticas ao parto e ao Nascimento, a episiotomia, enquadra-se na categoria D das recomendações, que consiste em uma prática frequentemente utilizada de forma inadequada e que deve ser desestimulada¹⁰.

No Brasil, a manobra de *kristeller* é realizada em 37% das mulheres, dado que demonstra a utilização de um procedimento que se enquadra no grupo C do Manual da OMS como práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão¹⁰. Uma vez que os riscos potenciais com seu uso incluem rotura uterina, lesão do esfíncter anal, fraturas ou lesões cerebrais nos recém-nascidos⁸. Fato ilustrado pela depoente.

“Duas enfermeiras começaram a me erguer, como se fossem me sentar, para empurrar minhas costas, outra enfiou um rolo de atadura na minha boca para eu morder e a pediatra fez a manobra de kristeller, enquanto a obstetra puxava meu bebê.” (Entrevista B).

A medicalização do parto o torna desumano já que a ocitocina sintética tende a promover contrações mais vigorosas na musculatura uterina, o que gera dor física por vezes intensa e deixa a parturiente com a sensação de incapacidade de progredir em seu trabalho de parto^{17,12}.

“Ainda com as dores da ocitocina [...] Por que é uma coisa assim horrível. Foi uma experiência horrível! Muito agressiva, pois não dava tempo de relaxar, de respirar. Eu não tinha esse tempo.

Eu não tive esse tempo, de parar não vou respirar agora... Não! Era uma contração após outra contração, uma contração após outra contração, uma contração após outra contração [...]” (Entrevista A).

Na categoria temática “repercussão psicológica” evidenciou-se sentimentos negativos em relação ao parto, assim como a baixa autoestima, angústia e desespero, todos relacionados à violência obstétrica sofrida durante o processo de parir.

As mulheres, vulneráveis no momento de parturição, se sujeitam aos maus tratos dos profissionais de saúde e às rotinas institucionais pouco humanizadas, pelo medo e insegurança de não conseguirem ter seus filhos com saúde por reivindicarem algo necessário^{19,8}.

Cabe destacar que o ambiente hospitalar e suas rotinas rígidas são hostis ao momento de parir, somam-se ainda, a solidão, a falta de empatia e privacidade, a dificuldade de acesso ao bebê na primeira hora de vida, a privação do sono, entre outros aspectos que contribuem significativamente para as memórias de sofrimento e infelicidade na parturição⁸.

“E aquilo me deu um desespero. No primeiro momento me deu um super desespero. Eu pensei: Caraca, eu vou está sozinha ali[no pré-parto], em um momento tão novo pra mim.” (Entrevistada D)

A presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e nascimento é eficaz na redução dos sentimentos de dor e abandono nesses momentos. A figura do familiar ou conhecido traz conforto e tranquilidade às parturientes. É importante frisar que a escolha da pessoa que estará ao lado dessa mulher deve ser feita por ela e as instituições devem apoiar⁸.

O descaso no atendimento, assim como a desconsideração da mulher enquanto sujeito inserido em um contexto psicossocial e cultural, com toda a sua subjetividade, pode ser considerado como violência psicológica^{12,8}.

Os maus-tratos e a violência psicológica infligida às participantes do estudo foram revelados de diversas formas, refletindo no sentimento de impotência vivido, conforme relato a seguir:

"[...] Sentimento de impotência! Você está cercada de pessoas que querem te fazer uma coisa e você quer fazer outra. E você não consegue." (Entrevistada B).

O sentimento de impotência pode ter sido gerado pelo fato das mulheres estarem inseridas em um ambiente que não permite seu protagonismo e autonomia^{19,20}. Caracteriza o desamparo psicológico, causado pelo despreparo do profissional de saúde, e também pela apatia evidenciada na falta de apoio psicológico e informação, por não conseguir se comunicar, ou por achar que a parturiente não deve saber da conduta adotada^{13,2}.

Discussão

A violação de direitos sexuais e reprodutivos, e a um parto digno e respeitoso permeou a fala das participantes que rememoraram o parto e o significaram como um evento ruim, conforme as falas a seguir:

"Hoje eu me sinto muito mal [ao lembrar o parto]." (Entrevistada B).

"Na hora do parto foi um terror. Eu estava sozinha!" (Entrevistada E).

"Nossa foi muito ruim, eu não via a hora de tudo aquilo [Parto] acabar." (Entrevistada H).

A experiência negativa do parto gera inúmeras consequências psicológicas, físicas e sociais¹⁹. Em cada parto há uma possibilidade de geração de danos, que

vão além da integridade física da mãe e do recém-nato. As lembranças do parto permanecem vivas e marcam psicologicamente as mulheres por muito tempo, de maneira positiva ou negativa^{21,22}. Estudos já realizados mostram que as mulheres vítimas de violência obstétrica apresentam como repercussões o medo e a tristeza⁸.

O parto traumático vivido pelas participantes deste estudo é um parto institucionalizado, impregnado de medicalização e iatrogenias que deixaram marcas profundas de terror, dor e medo, em que o protagonismo da mulher é substituído pelo sentimento de impotência.

Todas estas situações que distanciam as mulheres do momento de paz, alegria e realização pessoal pelas quais elas deveriam passar, mostraram-se traumáticas e deixaram repercussões que interferiram tanto na saúde física, quanto psicológica das mesmas. Não foi citado pelas participantes um fator único e específico, estas mulheres reconhecem o contexto em geral (de desrespeito, maus-tratos, violências físicas e psicológicas) como a causa dos sentimentos tristes e frustrantes relacionados ao parto.

"Por conta dessas situações todas eu me sentia incapaz de cuidar da minha filha. Eu acabei tendo como que uma depressão pós-parto. Minha filha chorava e eu não sabia atender. Às vezes a situação era tanto por que ela chorava de lado e eu chorava de outro." (Entrevistada A).

"O pós-parto foi tranquilo, mas demorou a pegar no peito." (Entrevistada H).

"Para amamentar eu não tive leite, não saia, não saia nada. Ela [profissional de saúde] tentou puxar, mas não saia." (Entrevistada E)

Cabe destacar que fatores psicossociais, como as vivências traumáticas do parto, dificultam e/ou inviabilizam a amamentação exclusiva e é um fator determinante no abandono do aleitamento materno²³. Ademais, a ausência do contato pele a pele do recém-nascido com a mãe, nas primeiras horas de vida, pode entendida como o rompimento da ligação mãe-bebê, como separação, perda de vínculo e abandono²³.

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) foi relacionado ao processo de parir e é definido como um evento catastrófico envolvendo morte ou lesão real e ameaçada à integridade física, caracterizado por intenso medo, impotência ou horror⁸. Em síntese, os fatores e experiências vivenciadas pelas participantes do estudo como a dor intensa e prolongada, procedimentos intervencionistas, humilhações, medo e insegurança deixam a mulher suscetível a TEPT^{23,24,25}.

Entretanto, é preciso ressaltar que tanto as repercussões físicas quanto as repercussões fisiológicas apontadas pelo presente estudo são, também, desfechos graves de uma assistência de saúde desqualificada e desumanizada a qual estas participantes foram submetidas. Apesar de todo o caminho de legitimação do parto humanizado no Brasil e, da luta de movimentos sociais em prol da assistência de saúde livre de violência, ainda nos deparamos com esta realidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Conclusão

O estudo evidenciou como principais desfechos da violência institucional obstétrica, as repercussões físicas e psicológicas. As repercussões físicas foram relacionadas a incontinência urinária e dificuldade no

retorno a vida sexual. As repercussões psicológicas identificadas foram: estresse pós-traumático, dificuldades na relação mãe e filho e formação do vínculo materno, dificuldades na amamentação.

O presente estudo corrobora com achados já publicados e evidencia a necessidade de um contínuo exercício de qualificação por parte dos profissionais de saúde que assistem mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, com subsídios das evidências científicas. Enfatizamos a incorporação de mudanças na formação acadêmica de maneira a incorporar as evidências científicas nos currículos de medicina e enfermagem, bem como, uma mudança urgente nas normas e rotinas hospitalares, abolindo procedimentos intervencionistas e colocando a mulher na posição de protagonista do seu processo de parir, com empoderamento e participação na tomada das decisões.

Referências

1. Diniz, SG et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*. 2015; 25(3):377-384.
2. Jardim DMB, Modena CM. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Rev Latino Am Enferm*. 2018; 26:3069.
3. Telo SV, Witt RR. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23(11):3481-3490.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Brasília: Ministério da Saúde. 2010; 300.
5. Ministério da Saúde. Direitos sexuais e reprodutivos: uma prioridade do governo.

Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 04 de nov. 2017.

6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Brasília: Ministério da Saúde. 2010; 300.

7. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. Princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

8. Nascimento LC, et al. Relato de puérperas acerca da violência obstétrica nos serviços públicos. Rev Enferm UFPE online. 2017; 11(5):2014-23.

9. Rodrigues, DP, et al. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. Rev Enferm UFPE Online. 2018; 12(1):236-46.

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2017.

11. Moura RCM, et al. Cuidados de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. Enferm Foco. 2018; 9(4):60-65.

12. Silva FLS, Siqueira AL, Leite CDB. Reflexões sobre as agressões causadas ao psicológico materno pela violência obstétrica: um estudo de revisão integrativa. Rev Uningá. 2019; 56(1):159-171.

13. Zorzam B. Direito das mulheres no parto: conversando com profissionais da saúde e do direito / Bianca Zorzam, Priscila Cavalcanti. 1. ed. São Paulo: Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde. 2016.

14. Goodman LA. Snowball Sampling. Ann. Math. Statist. 1961; 32(1):148-70.

15. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2011. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes. 1979.

16. Zanardo, GLP et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. Psicologia & Sociedade. 2017; 29(155043).

17. Fiocruz. Nascer no Brasil. Brasília (DF) 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portalemsp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em 21 jun 2019.

18. Alves AMA, Cirqueira RP. Sintomas do vaginismo em mulheres submetidas à episiotomia. Rev Mult. 2019; 13(43):329-339.

19. Carvalho IS, Brito RS. Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal. Rev Enfermería. 2017; 16(47):71-97.

20. Mccalman J, et al. Empowering families by engaging and relating Murri way: a grounded theory study of the implementation of the Cape York Baby Basket program. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15(119):1-13.

21. Odent M. O renascimento do parto. Tradução de Roland B. Calheiros. Florianópolis (SC): Saint-Germain. 2002.

22. Silva FM, Silva ML, Araújo FNP. Sentimentos causados pela violência obstétrica em mulheres de Município do Nordeste Brasileiro. Rev Pre Infec Saúde. 2017; 3(4):25-34.

23. Maia JS, et al. A mulher diante da violência obstétrica: consequências psicossociais. Rev Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2018; 11, 07(11).

24. Safe prevention of the primary cesarean delivery Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol. 2014; 123:693-711.

25. Rezende J. Montenegro CAB. Obstetrícia. 13ª edição. Guanabara Koogan. 2016.