

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL NA PARTURIÇÃO:
Uma Revisão Crítico-Reflexiva da Literatura

INSTITUTIONAL VIOLENCE DURING LABOR: A Critical-Reflective Literature
Review

Islane Conceição Costa Garcia¹
Luana Menezes de Castro¹
Rita de Cássia Velozo da Silva²

RESUMO

Pesquisa qualitativa, do tipo revisão bibliográfica, narrativa. Material obtido em base de dados eletrônica, com o objetivo de discutir sobre as imbricações da violência institucional no ato da parturição. Assevera-se a urgência em ressignificar as práticas institucionalizadas na saúde; que no contexto do parto, marcado por representações físicas, emocionais, afetivas, psíquicas, pautadas na dimensão humana, sejam respaldadas em um exercício profissional ético, que prime por saberes articulados, propiciando o protagonismo e autonomia da mulher.

Palavras-chave: Violência Institucional; Humanização; Cuidado em saúde; Parturição; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Qualitative research, the literature review type, narrative. Material obtained in an electronic database, aiming to discuss the overlapping of institutional violence in the act of parturition. Asserts the urgency in reframe institutionalized practices in health; that in the context of childbirth, marked by physical representations, emotional, affective, psychological, rooted in the human dimension, are backed by an ethical professional practice, to press for articulated knowledge, providing the leadership and empowerment of women.

Keywords: Institutional violence; humanization; Health care; parturition; Women's health.

¹Pós-Graduandas em Enfermagem Obstétrica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

²Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Docente de Metodologia da Pesquisa na Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

O campo da saúde é um espaço marcado por complexos, principalmente, por ser um manifesto das relações e suas conseqüentes, dimensões de poder. A própria circunstância do cuidado é uma legítima representação de tal consideração. Tomando como base esse pressuposto é indispensável se afirmar que, alguns desafios são postos ao cotidiano das práticas e serviços de saúde, especificamente, na consolidação de um exercício profissional respaldado no pilar da ética e na promoção e manutenção da vida; o que refuta a uma prática que valorize a dimensão subjetiva dos sujeitos envolvidos, o respeito a suas particularidades e vulnerabilidades. Com isso, o desafio central é reestruturar o Sistema Único de Saúde (SUS), como política no campo macro, no sentido de se efetivar seus princípios, que substancialmente dialogam com as práticas emancipatórias e de promoção da saúde, em que especificidade for (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1348).

Muito já é sabido que o SUS é a política de saúde vigente, na dimensão majoritária. Também, é reflexo de um processo de mobilização social e política, iniciado no final dos anos 70, que propunha a constituição de um sistema de saúde, que assegurasse à população brasileira um atendimento universal e igualitário (PAIM, 2007).

Todo esse processo recebeu o nome de Movimento de Reforma Sanitária da Saúde, que foi (é) o precursor na consolidação dos princípios e diretrizes deste SUS. Assim, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que traz em seu bojo a Seguridade Social, a partir do tripé: assistência social, previdência social e saúde, institui-se o SUS, trazendo como princípios a universalidade, a integralidade e a participação social (BRASIL, 1988; 1990).

No âmago da construção do SUS e das Leis 8.080 e 8.142 da década de 90, que juntas formam seu arcabouço legal e de regulamentação, até os tempos remotos, alguns programas e políticas foram construídos, no intuito de atender as exigências deste Sistema, que surgiu com a finalidade de ressignificar e reconstruir o campo da saúde.

Estudo aponta que a violência cometida contra as mulheres em serviços de saúde, especificamente no setor de prestação de serviços parturitivos, subdividem-se em quatro tipos: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002). A negligência se refere ao descuido dos profissionais para com as parturientes, desde a falta de informações necessárias, até a privação de assistência. Essa dimensão da violência tem grande complexidade, pois é evidenciada de forma explícita ou implícita. A violência verbal refere-se a tratamento rude, ameaças, gritos, repreensão, humilhação e abuso verbal. A violência física é identificada como agressões e procedimentos

violentos. A violência sexual é a de menor notificação em serviços e instituições de atenção à saúde da mulher (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 149).

Nesse tocante, considerou-se importante focar-se a atenção à saúde da mulher e a humanização da saúde no parto, traçando-se como objetivo deste estudo discutir sobre as imbricações da violência institucional no ato da parturição.

Portanto, se propõe, também, que o debate aqui apresentado possibilite reflexões sobre estratégias de intervenção/transformação das práticas rotineirizadas na esfera da saúde, que apontam a uma assistência desumanizada, indo de encontro aos princípios constitucionais, e à Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948), que assegura a valorização da dimensão humana em qualquer circunstância.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O método se concretiza nas diversas etapas ou passos que devem ser dados para solucionar um problema, ou o questionamento a que se remete uma pesquisa social. Entende-se, então, como “a coordenação unitária dessas diferentes etapas” (RAMPAZZO, 2004, p. 108), ou seja, é a definição dos processos à obtenção dos resultados (coletas de informações e análise das mesmas).

Logo, é imprescindível sinalizar que o produto final deste material teórico é resultado de uma Pesquisa Qualitativa, aqui vista como uma das formas da Pesquisa Social que tem maior preocupação e detalhamento com os dados, para além da dimensão quantitativa. Ou seja, busca-se com a investigação qualitativa, uma maior aproximação com a realidade bibliográfica em análise, no que condizem informações que vão além de dados quantificáveis, mas um universo que envolve significados, apreensões, crenças, valores, experiências, vivência e ação (MINAYO, 2012).

Esta pesquisa científica se caracteriza como uma revisão de literatura assistemática, narrativa, a partir de uma revisão bibliográfica sobre teóricos e marcos legais que abordam o objeto “violência institucional da parturição”. Procedeu-se à leitura e análise de publicações em periódicos, disponibilizados em meios eletrônicos, todos constituindo o arcabouço bibliográfico da pesquisa, processados nas bases de eletrônicas de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Segundo Minayo, 2012 entende-se que essa etapa é fundamental para identificar as principais produções acadêmicas e científicas, haja vista que possibilita embasamento ao/à

pesquisador/a e possibilidades que reforcem a construção de novos entendimentos e teorias sobre o tema proposto e a realidade pesquisada. Esta revisão bibliográfica ou pesquisa exploratória articula-se, prioritariamente, em identificar e diferenciar as variáveis eminentes do objeto de pesquisa, a partir da literatura revisada.

Igualmente, os mesmos dados, oriundos da pesquisa bibliográfica, foram examinados com a utilização do método da análise de conteúdo. Este método tem por finalidade, estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte. Ou seja, “encontrar respostas para as questões formuladas e [...] confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação” (GOMES, 1994, p. 83).

Os critérios de inclusão dos artigos definidos para a presente revisão de literatura assistemática foram: artigos publicados na íntegra e em português, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período 2009 a 2013. Os descritores utilizados foram: Violência Institucional; Humanização; Cuidado em saúde; Parturição; Saúde da mulher. A busca foi realizada pelo acesso on-line e, utilizando os critérios de inclusão, a amostra final desta revisão foi constituída de 11 artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A violência em todas as suas manifestações é um problema social complexo, que afeta a todos os segmentos e dimensões em uma sociedade. Tem seu fundamento nessa convivência societária, onde as questões econômicas, políticas, e sociais, não sendo um fenômeno exclusivo de uma determinada época, pois acompanha as gerações num movimento de produção e reprodução do meio social. Logo, é possível afirmar que a violência é um constructo social. Ou seja, é “[...] um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade” (MINAYO, 1994, p.7). Igualmente, é estrutural, dado que se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas, no âmbito familiar, como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduz à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos.

A Organização Mundial de Saúde (2002) define o conceito de violência como procedimento, ou uso intencional de força física e do poder, contra sujeitos, grupos ou comunidades, resultando, em morte, lesão, dano psicológico, alterações do desenvolvimento ou de privação.

A violência enquanto ação prática promulga em universo marcado por estigmas, danos sejam eles de ordem física, emocional e/ou patrimonial, e a própria polissemia atribuída a seu conceito constitui-se como um desafio. Apresentam uma discussão em torno da invisibilidade e do silêncio¹, ações que estão/são circunscritas à violência (SCHRAIBER *et al.*, 2003). Assim, “o ser vítima de violência caracteriza-se pela inércia, pela passividade e pelo silêncio e, por essas razões, ou seja, pela anulação, ocorre a violência” (WOLFF; WALDOW, 2008, p. 140).

Em uma analogia mais macro, pensando a configuração da violência nas estruturas institucionais, pode-se afirmar que, também, esta se legitima a partir do Estado já que este detém o poder e assim estabelece as regras para a sociedade (ARENDETT, 2004).

Esta submissão às regras sociais, nem sempre igualitárias para toda a sociedade, vai reforçar o poder do Estado, muitas vezes reduzindo ou subtraindo o poder dos indivíduos. O Estado inflige violência à população no momento que nega ou precariza políticas públicas seja de saúde, educação, cultura ou lazer a uma parcela da população que se encontra em situação de vulnerabilidade socioeconômica (ODALIA, 2004).

A URGÊNCIA DA HUMANIZAÇÃO NO COTIDIANO DO CUIDADO EM SAÚDE:

Introdutoriamente, aponta-se o ato do cuidado como um espaço de construção e interação entre sujeitos, com vistas à promoção da vida. Logo, o campo da subjetividade e da dimensão humana devem está em evidência. Contextualizando, Assis *et al.*, (2010) chamam a atenção a um cuidado na perspectiva de mudança, alinhado no estabelecimento de relações e troca de saberes, vivências e experiências práticas. Este cuidado deve ter como premissa um acolhimento (tendo o acesso como possibilidade de construção da cidadania e como potencializador do cuidado) e o vínculo-responsabilização como eixos orientadores da produção desta atenção em saúde.

¹“Silêncios e invisibilidades são, pois, também questões de gênero, logo, são realidades que podem e devem ser abordadas no plano psicoemocional, sócio- cultural e ético-político, para uma aproximação primeira de sua complexidade. São as repercussões na condição de ‘sujeito privado’, de ‘ser humano’ e de ‘indivíduo-cidadão’ [...]” (SCHRAIBER *et al.*, 2003, p. 42).

A consolidação de práticas humanizadas no processo do cuidado dá-se, também, no empoderamento dos sujeitos na/da saúde, no reforço de suas potencialidades, na construção e afirmação de ambos, enquanto sujeitos de direitos. Portanto, a humanização, em sua gênese, é o reforço da potencialização do ser humano/social, em seu âmbito individual, em conexão e construção com o plano coletivo/plural. Logo, seu entendimento é resultado de intervenções dialéticas, nas quais o sujeito busca aprimorar todas as suas capacidades interagindo e transformando o meio no qual está inserido e atuando, é uma estratégia (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

No tocante a este objetivo, existem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Humanização – PNH. Respectivamente, é uma política que incorporou os mesmos princípios de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação à mulher (BRASIL, 2009); e, uma política voltada à atenção e gestão em saúde, é uma reprodução dos princípios e diretrizes do SUS, contudo ratificando práticas conscientes com as fragilidades e vulnerabilidades dos sujeitos envolvidos nos processos de saúde (BRASIL, 2004).

A construção de práticas humanizadas e humanizadoras foram cruciais na formulação da Política Nacional de Humanização, aqui entendida como alternativa para traduzir, efetivar, consolidar os princípios norteadores e fundantes do SUS, tais como integralidade, universalidade e equidade, o que torna esta política transversal ao sistema. Simões *et al.*, (2007), apresentam como algumas das propostas desta política: novas formas de acolhimento e inclusão dos usuários dos serviços, práticas que incentivem a diminuição do consumo de medicação (como por exemplo, a elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos para os usuários e sua rede social) e o fortalecimento das relações entre as equipes multidisciplinares de saúde e os usuários. Logo esta nova política, “[...] aspira a horizontes normativos capazes de escapar à restrição da conceituação de saúde ao problema tecnocientífico estrito de riscos, disfunções e dismorfias” (AYRES, 2006, p. 158).

Assim, o aporte dado por essas duas políticas, oriundas do campo das bases legais do SUS, é necessário para introduzir a discussão sobre o paradigma da violência institucional no ato da parturição, uma vez que podem ser entendidas como estratégias de enfrentamento e superação a este gargalo. Mesmo que a violência seja um fator de relevância à saúde pública, há também o custo humano de dor e sofrimento, constructo do ato material e imaterial representados na violência, que naturalmente, não pode ser calculado e é, na verdade, quase invisível (DAHLBERG; KRUG, 2007).

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL X ATENÇÃO HUMANIZADA NA PARTURIÇÃO

A discussão sobre uma atenção humanizada, no momento do parto, tem ganhado certa relevância, à medida que está em trâmite um projeto de lei, o PL 7633/2014, que dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Discorrer sobre a necessidade de uma atenção humanizada no parto pressupõe, de forma veemente, que este seja proferido respeitando as limitações e subjetividades da parturiente, com técnicas que não propiciem estágios de dor, mas que ofertem conforto e bem-estar; que assegure à parturiente escolhas quanto as circunstâncias ao momento da parturição, como também a presença de um acompanhante, durante os estágios pré-durante-pós parto (BRASIL, 2014).

Outrossim, cumpre destacar que, na circunstância do partejamento, sob o critério de uma atenção humanizada, a dimensão técnica (os procedimentos específicos e os materiais utilizados no processo) deve estar consoante à dimensão ética, primando pelo humanismo, próprio e necessário no processo. Logo, a não conexão entre essas duas dimensões acarreta em processos de violência e agravos psicoemocionais às parturientes e seus respectivos conceitos. São características pertinentes a essa ordem, um tratamento desumanizado, associado ao abuso de medicalização e, conseqüente, patologização dos processos naturais, que facultam na perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidirem livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na sua qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Para Borba (2012), o ato da violência institucional na parturição corrobora, intrinsecamente, com as normas condizentes com o modelo intervencionista, biologicista, medicalocêntrico e medicalizado que está imposto nas unidades de prestação de serviços de saúde. O mesmo aponta que as altas taxas de violência no parto são evidentes, uma vez que este modelo que é hegemônico de não respeito ao protagonismo² e autonomia³ da parturiente, no ato da concepção.

Já Aguiar (2010) assevera que

²“Por outro lado, muito desta prática discriminatória e das ideologias médica e de gênero subjacentes a esta prática é incorporado pelas próprias pacientes, que em vários momentos se adéquam ao comportamento esperado delas pela equipe dos profissionais de saúde e reproduzem o discurso dessa equipe” (AGUIAR, 2010, p. 11).

³“[...] várias distorções surgiram e culminaram com o processo de despersonalização da mulher na parturição, caracterizando elementos que podem ser explicitados no seu conjunto como uma experiência alienante e mesmo desumana, pois se expropriou da mulher o processo de parir que foi apropriado pela medicina, sendo hoje o médico a figura central do fenômeno da parturição” (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006, p. 741).

[...] a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema, que, além de submeter seus profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, como a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda assistencial (caracterizando um sucateamento da saúde), também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo, entre outras coisas, com que mulheres em trabalho de parto passem por uma verdadeira peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com sério risco para as suas vidas e as de seus bebês (p. 4).

A violência obstétrica também envolve discussões sobre a vertente de gênero⁴ e as respectivas representações que permeiam essa problemática; dado que, existe uma força culturalizada e culturalizante que atribui certos valores e relações de poder desiguais ao sujeito feminino, em nossa sociedade (VENTURI JR.; AGUIAR; HOTIMSKY, 2011).

No cerne desta questão, surgem algumas inquietações: como construir estratégias de intervenção a essa força hegemônica, que ainda tende a limitar e condicionar o papel da mulher a níveis de subalternidade? Logo, um outro grande desafio é romper com esse paradigma conjectural, entrelaçado a uma discriminação de classe social e etnia, subjacente à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral (AGUIAR, 2010).

Outro fator agravante às condições de violência obstétrica, refere-se à representação social atribuída ao parto, uma vez que, sob a égide mercadológica e econômica da saúde, ainda propaga a relevância do parto cesáreo, em detrimento do parto normal. Outrossim, a representação social atribuída à característica da dor, haja vista que “a dor, e seus aspectos voluntários, é influenciada por fatores sociais, culturais e psicológicos. Esses fatores determinam se a dor privada será traduzida em comportamento de dor e a forma que tal comportamento assume, e as condições em que ocorre” (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006, p. 742).

Portanto, alinhar a técnicas aos efeitos emocionais e subjetivos, inerentes à parturição, é, *a priori*, a centralidade do enfoque humanizado. Para tanto, é preciso robustecer as práticas institucionalizadas, que não valorizam a condição humana enfoque basilar de todo cuidado ligado à saúde. Logo, é preciso que sejam oportunizados espaços que ofereçam o direito à informação, o consentimento informado e a recusa, e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.

⁴ Gomes (2008, p. 239) aponta que o gênero se refere “[...] atributos culturais associados a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos, estruturando-se como construções culturais e produzindo efeitos para a produção/reprodução/modelação de ser homem e ser mulher em dada sociedade”.

EM CARÁTER INCLUSIVO...

Propositalmente, atribui-se a esta seção o título “Em caráter *inclusivo...*”, uma vez que tenciona-se como um alerta à consolidação de práticas humanizadas e humanizantes no cotidiano dos serviços de saúde, principalmente, aos que executam atividades ligadas à parturição, enfoque deste estudo.

Como já mencionado, comungar as dimensões da técnica e da subjetividade é o grande desafio a uma real instauração de atributos humanos, nos processos de saúde. Contudo, para este alcance é preciso, também, entender quem são os sujeitos que compõe esses serviços, as suas respectivas subjetividades, o que torna o campo da saúde, um universo complexo, dado que é um espaço de relações, que por vezes podem ser antagônicas, díspares, convergentes, mas que envolve diversos e constantes estágios de poder.

Esta reflexão defende a urgência em ressignificar as práticas institucionalizadas na saúde; que no contexto do parto, marcado por representações físicas, emocionais, afetivas, psíquicas, pautadas na dimensão humana, sejam respaldadas em um exercício profissional ético, que prime por saberes articulados, nos quais os sujeitos – profissional de saúde e parturiente – não sejam oponentes, mas que interajam de forma horizontalizada, propiciando o protagonismo e autonomia da mulher.

Portanto, reconhece-se a relevância da PNH, como um movimento na saúde, considerado como uma práxis, ultrapassando e rompendo com o enquadramento a padrões de qualidade (reduzido aos parâmetros quantificáveis⁵), que saia do campo da limitação de “*uma coletânea de ações para a amenização das contradições sociais*” (PUCCINI; CECÍLIO, 2004, p. 1348), mas seja um instrumento verdadeiramente de ruptura. Ruptura com esses ideais institucionalizados, que fragmentam e desmobilizam os sujeitos, para que consequentemente, seus direitos e sua dimensão subjetiva sejam resgatados e valorizados.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero.** Tese de doutoramento - Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

⁵“Abandona-se o foco da preocupação epistemológica de construção de uma ciência isenta, neutra e reconciliada internamente com o humanismo clássico, para se procurarem respostas no processo social e político dialógico entre os sujeitos” (PUCCINI, CECÍLIO, 2004, p. 235).

2. BORBA, C. **Violência Institucional na Parturição**. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2012.
3. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: 1988.
4. _____. **Lei Nº 8080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
5. _____. **Lei Nº 8142**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.
6. _____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
7. _____. **Projeto de Lei Nº 7633**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Rio de Janeiro. 2014.
8. BRÜGGEMANN, O. M. et al. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: Fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 20, n. 4, p. 658-68, out./dez. 2011, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/03.pdf>, acesso em 22 de julho de 2014.
9. CHIAZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
10. COSTA, L. H. R. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. **R. Bras. Enferm**. Brasília, v. 53, n. 1, p. 39-46, 2000, disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0034-7167>, acesso em: 28 de julho de 2014.
11. DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 1163-1178, 2006, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>>, acesso em: 28 de julho de 2014.
12. GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa**. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.
13. GOMES, R. A Dimensão Simbólica da Violência de Gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital**. 2008.
14. MALHEIROS, P. A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 329 -337, abr/jun 2012, disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a10v21n2>>, acesso em: 28 de julho de 2014.
15. MINAYO, M. C. E S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

16. PEREIRA, J. C. R. **Análise de Dados Qualitativos**: estratégias metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais. 3. Ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.
17. PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e direito à saúde. **In Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1342 – 1353, set/ out. 2004, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf>>, acesso em: 4 de agosto de 2014.
18. RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v.13, supl.1, p.595-602, 2009, disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a11v13s1.pdf>>, acesso em: 4 de agosto de 2014.
19. RAMPAZZO, Lino. **Metodologia científica: para alunos dos cursos de graduação e pós- graduação**. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.
20. SCHRAIBER, L. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** São Paulo, v6, n10, p.41-54, fev 2003, disponível em:<http://www.scielo.org/pdf/icse/v7n12/v7n12a03.pdf>, acesso em: 22 de julho de 2014.
21. SILVA, R. C. et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 629-636, Jul-Set 2013, disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a08.pdf>>, acesso em 28 de julho de 2014.
22. TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 59, n. 6, p. 740-744, 2006, disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>>, acesso em: 28 de julho de 2014.
23. VENTURI JR., G; AGUIAR, J. M.; HOTIMSKY, S. N. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado – 2010. **In VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Belo Horizonte. 2011, disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/mesas/13_02.pdf, acesso em: 22 de julho de 2014.
24. WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **In Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008, disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/7604/9128>> acesso em: 04 de agosto de 2014.