

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O LADO INVISÍVEL DO PARTO

OBSTETRIC VIOLENCE: THE INVISIBLE SIDE OF LABOR

Alicia Gardênia Lins Lima¹, Cássia Mickaelle Teodózio², Fernanda Maria Bezerra de Mello³, Franciny Fridriczewski Barros Vilar⁴

¹ Graduanda em Saúde Coletiva pela Asces UNITA. Catende, Pernambuco, Brasil, E-mail: lins.alicia@hotmail.com; ² Graduanda em Saúde Coletiva pela Asces UNITA. Catende, Pernambuco, Brasil, E-mail: cassiamickaelle25@hmail.com; ³ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, E-mail: fernandambm@yahoo.com.br; ⁴ Graduanda em Saúde Coletiva pela Asces UNITA. E-mail: franciny_sophie@hotmail.com, endereço: Rua Dom Pedro II, n 54, Centro, Panelas-PE, CEP: 55470-000, Tel. (81) 99690-4340.

Resumo

Objetivo: identificar casos de violência obstétrica sofrida por mulheres atendidas em um Hospital. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo, transversal, desenvolvido no Hospital Nossa Senhora de Fátima no município de Panelas-PE., com uma amostra de 20 puérperas que estavam no pós-parto imediato, aplicado questionário para a coleta dos dados e tabulados no programa Microsoft Excel®. **Resultados:** a prevalência da violência obstétrica foi de 80%. As práticas prejudiciais mais frequentes foram episiotomia, aceleração do parto, toques vaginais e impedimento de acompanhante, e ter sido assistido por profissional enfermeiro e médico apresentaram associação significativa com a violência obstétrica. **Conclusão:** Esta pesquisa possibilitou identificar algumas situações de violência obstétrica vivenciadas por mulheres no hospital cenário da presente pesquisa, porém, apesar de muitas terem relatado situações consideradas violência obstétrica, não afirmaram ter sofrido nenhum tipo de violência ou ter sentido vulnerabilidade durante o processo de trabalho de parto.

Objective: to identify cases of obstetric violence suffered by women attended at a Hospital. **Method:** A descriptive, quantitative, cross-sectional study was carried out at the Nossa Senhora de Fátima Hospital in the municipality of Panelas-PE, with a sample of 20 postpartum women who were in the immediate postpartum period, using a questionnaire for data collection and tabulation in the Microsoft program Excel®. **Results:** the prevalence of obstetric violence was 80%. The most frequent harmful practices were episiotomy, acceleration of labor, vaginal touches and impediment of companion, and having been attended by professional nurse and physician had a significant association with obstetric violence. **Conclusion:** This research made it possible to identify some situations of obstetric violence experienced by women in the scenario hospital of the present study. However, although many reported situations considered as obstetric violence, they did not report any type of violence or felt vulnerability during the work process of childbirth.

Palavras-chaves: Parto humanizado, Violência contra a Mulher, Obstetrícia/
Descriptors: Humanized childbirth, Violence against women, Obstetrics

Introdução

Durante a gestação, a mulher passa por diversas mudanças, que influenciam diretamente na sua dinâmica psíquica, que vão desde o biológico e fisiológico até as psicológicas e sociais. A gestação e o parto são momentos inerentes ao ciclo vital da mulher, é um processo fisiológico, no qual a deve ser a protagonista em todos os momentos destes eventos. Segundo (Silva et al, 2014) apesar de o trabalho de parto ser um processo fisiológico, a mulher pode sofrer interferências do estado emocional, da cultura, dos valores, da história da parturiente e de fatores ambientais.^{1, 2, 3}

A assistência no trabalho de parto deve ser provida de um conjunto de fatores e cuidados voltados à saúde da mulher na fase reprodutiva, onde ocorre o maior índice de esterilização e partos cirúrgicos, péssima qualidade da atenção obstétrica, devido ao acompanhamento inadequado do pré-natal e de condições desumanas de assistência ao parto.⁴ Os cuidados na assistência durante o parto pode deixar para a mulher experiências positivas ou até mesmo negativas, isto depende da assistência prestada, o profissional pode trazer tanto sentimentos benéficos, como traumas severos a vida desta mulher principalmente em um trabalho de parto com relato de violência.⁵

A violência é um fenômeno grave e que encontra-se em um aumento constante, principalmente contra a mulher. Entre os tipos de violência contra a mulher esta à violência obstétrica que se expressa através de uma atenção desumanizada a mulher durante os processos reprodutivos, é exercida por profissionais da saúde que transformam o processo fisiológico do parto, em um processo patológico. O profissional de saúde que assiste a mulher durante o trabalho de parto deve ser capaz de avaliar corretamente a situação de saúde da parturiente, monitorando suas condições vitais, fornecendo-lhe apoio nos momentos de dor e levando a ela o bem-estar físico e emocional.^{6, 7}

A violência obstétrica causa riscos e danos comprovados por evidências científicas, porém continua sendo praticada por profissionais de saúde, os efeitos são

sérios e podem causar depressão, dificuldade para cuidar do recém-nascido e também problemas na sexualidade desta mulher, se inicia desde: a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal e violência, até o abuso sexual. Citam ainda que o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resulta em intervenções com potenciais riscos e sequelas, pode ser considerado como práticas violentas.^{8,9}

A participação ativa da mulher e seu acompanhante durante o trabalho de parto, o apoio do profissional que acompanha este processo através do suporte físico e emocional com o uso de técnicas que minimizem a dor, são ações de humanização, que tornam a vivência do parto em experiências de crescimento para a mulher. A humanização na assistência ao parto leva a mulher uma vivência de um parto saudável que aconteça conforme suas expectativas e com seus desejos.¹⁰

Visto a importância da humanização durante o processo de trabalho de parto e as consequências que a violência obstétrica pode trazer para a vida da mulher de curto a longo prazo, este trabalho objetivou identificar casos de violência obstétrica sofrida por mulheres atendidas em um Hospital.

Método

Estudo de abordagem quantitativa, descritivo de corte transversal, desenvolvido no Hospital Nossa Senhora de Fátima no município de Panelas-PE, um hospital municipal de pequeno porte que realiza partos do tipo normal em mulheres de baixo risco. A população desta pesquisa foi constituída por 20 puérperas que estavam no pós-parto imediato na maternidade e que aceitaram responder ao questionário voluntariamente.

A coleta de dados foi realizada por meio de aplicação de questionário, onde as participantes foram esclarecidas sobre o objetivo da pesquisa, informadas sobre todos os seus direitos de escolha, e antes de iniciar o questionário foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no período de 01 de junho a 30 de agosto através de um questionário padronizado/estruturado composto por 35 questões, aplicado na maternidade cenário da pesquisa em um local restrito para manter a privacidade das

participantes. Os dados foram transcritos para o Programa Microsoft Excel® versão 2015 e foram calculadas frequências absolutas (n) e relativas (%) para as variáveis.

A pesquisa seguiu os preceitos da resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aprova e regulamenta diretrizes e normas nas pesquisas que envolvam seres humanos, e incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Tabosa de Almeida por envolver seres humanos, CAE 2.197.009.

Resultados

A amostra desta pesquisa foi constituída por 20 puérperas que estavam no pós parto imediato no hospital cenário da pesquisa e que aceitaram voluntariamente responder ao questionário padronizado para esta pesquisa cientes de todos os seus direitos. Foi observado que 65% das puérperas estudaram 8 anos ou mais, 40% eram solteiras, 45% delas eram filhas de pais separados, 5% tabagistas, 15% etilistas, 50% precisavam se locomover do seu domicílio para trabalhar, 60% residentes com 4 pessoas ou mais e 45% não tinha saneamento básico. (Tabela 1)

Tabela 1 – Perfil socioeconômicos e hábitos de vida das puérperas. Caruaru, Pernambuco, 2017.

	n	%
Escolaridade		
5 a 7 anos	07	35
8 anos ou mais	13	65
Estado Civil		
Solteira	08	40
Casada	03	15
União Estável	09	45
Pais separados		
Sim	09	45
Não	11	55
Tabagista		
Sim	01	05
Não	19	95
Etilista		
Sim	03	15
Não	17	85
Trabalho fora de casa		
Não	10	50
Sim, com vínculo	06	30
Sim, sem vínculo	04	20
Quantidade de quartos na moradia		
Dois ou três quartos	20	100
Número de pessoas residentes na moradia		
Duas	01	05
Três	07	35
Quatro ou mais	12	60
Saneamento básico		
Sim	11	55
Não	09	45

Com relação à vida sexual e reprodutiva das mulheres, 70% fizeram sua primeira consulta ginecológica com idade entre 15 e 18 anos, 85% destas que fizeram a consulta foram motivadas pelas gravidez, 55% tiveram sua primeira relação sexual até os 14 anos, 55% receberam orientações sexuais de outras pessoas que não eram da família, 70% tiveram a menarca entre 11 e 13 anos, 60% engravidaram 2 ou mais vezes; 55% engravidaram do primeiro parceiro sexual, 15% tiveram pelo menos um aborto e 80% nunca fizeram uso de contraceptivo. (Tabela 2)

Tabela 2 – História Sexual e reprodutiva das puérperas. Caruaru, Pernambuco, 2017.

	n	%
Idade da primeira consulta ao ginecologista		
15 a 18 anos	14	70
19 anos ou mais	06	30
Motivo da primeira consulta ao ginecologista		
Por que estava grávida	17	85
Por indicação da família	03	15
Primeira relação Sexual		
Até 14 anos	11	55
15 a 18 anos	09	45
Quem fez orientações sexuais		
Amigos	06	30
Outras pessoas	11	55
Nunca recebeu orientação alguma	03	15
Idade da menarca		
Até 10 anos	03	15
11 a 13 anos	14	70
14 a 15 anos	03	15
Numero de gestações		
Uma	08	40
Duas	09	45
Três ou mais	03	15
Engravidou do primeiro parceiro		
Sim	11	55
Não	09	45
Número de abortos		
Nenhum	17	85
Pelo menos 1	03	15
Já fez uso de métodos contraceptivos		
Sim	04	20
Não	16	80

Grande parte das mulheres 90% relataram não ter planejado a última gravidez, 10% estavam fazendo uso de métodos contraceptivos quando engravidaram, 40% só iniciaram o

pré-natal no segundo trimestre de gestação, 20% eram hipertensas, 20% diabéticas, 20% eram sobrepeso. (Tabela 3)

Tabela 3 – Dados da ultima gestação das puérperas. Caruaru, Pernambuco, 2017.

	n	%
Gravidez planejada		
Sim	02	10
Não	18	90
Estava em uso de método contraceptivo		
Sim	02	10
Não	18	90
Início do acompanhamento pré-natal		
1º trimestre	05	25
2º trimestre	08	40
3º trimestre	07	35
Co-morbidades associadas à gestação		
Nenhuma	07	35
Hipertensão	04	20
Diabetes	04	20
Sobrepeso	04	20
Hipertensão/Diabetes/Sobrepeso	01	05

A tabela 4 apresenta a experiência das mulheres no ultimo parto, 10% responderam que foram repreendidas por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto 50% foram submetidas à episiotomia, 35% tiveram o parto acelerado, 35% receberam toques vaginais desnecessários, 20% não tiveram rompimento da bolsa naturalmente, 15% foram proibidas de se alimentar, 10% tiveram o abdome comprimido, 50% responderam que foram impedidas de ter a presença de alguém mais próximo no momento do parto, 70% não tiveram contato imediato com o bebê, questionadas se a experiência da atenção durante o parto as fez sentir vulnerável, incapaz, culpada ou insegura 100% responderam que não. (Tabela 4)

Tabela 4 - Distribuição do percentual das respostas do questionário sobre violência obstétrica e a experiência do ultimo parto a que foram submetidas. Caruaru, Pernambuco, 2017.

	n	%
Você foi repreendida por chorar ou gritar de dor, emoção, alegria ou ansiedade durante o trabalho de parto ou parto?		
Sim	02	10
Não	18	90
Algum ou vários dos seguintes procedimentos foram realizados sem que ninguém lhe pedisse consentimento, lhe informasse sobre os riscos ou lhe explicasse por que eram necessários?		

Episiotomia	10	50
Acelerar o parto	07	35
Toques vaginais	07	35
Rompimento da bolsa	04	20
Proibição de alimentos	03	15
Compressão do abdome	02	10
Durante todo o processo você foi impedida de estar acompanhada por alguém de sua confiança?		
Sim	10	50
Não	10	50
Após o nascimento, o contato imediato com o bebê não foi permitido antes que lhe realizassem cuidados ou intervenções de rotina?		
Sim	06	30
Não	14	70
Você poderia dizer que a experiência da atenção durante o parto te fez sentir vulnerável, incapaz, culpada ou insegura?		
Sim	00	00
Não	20	100

Discussão

O grau de escolaridade das mulheres que participaram da pesquisa estava entre 5 a 8 anos de estudos, 65% delas havia estudado 8 anos ou mais. Sabendo que a baixa escolaridade materna é um fator importante para predisposição a situações de risco para a mãe e o filho, as puérperas desta pesquisa apresentaram um grau de escolaridade razoável. O estado civil também é um fator que interfere significativamente na saúde da mãe e do recém-nascido, pois a ausência da figura paterna pode trazer uma estabilidade financeira para a família. Neste estudo foi possível observar que 40% das mulheres eram solteiras, o que é considerado fator de risco para inúmeras situações de vulnerabilidade¹¹. A amostra desta pesquisa é constituída por 45% de mulheres com pais separados, sendo um fator que deve ser levado em consideração por ser uma situação que pode representar perda da segurança e instabilidade para a família, sentimentos negativos e influenciar em atitudes sociais futuras, sabendo que famílias intactas favorecem a uma maior estabilidade e afeto do que famílias divididas, evidenciado em uma pesquisa onde se objetivou estudar depressão em crianças e adolescentes.¹²

Quanto ao uso de álcool e tabaco, nesta pesquisa foi possível identificar que 5% das mulheres faziam uso do tabaco e 15% eram etilistas, mesmo sendo números pouco expressivos, é um dado de relevância por saber que o uso dessas substâncias no período gestacional deve ser desestimulado, por causar diversas consequências ao conceito, entre elas estão o crescimento restrito, deficiências cognitivas, parto prematuro, entre outras.¹³ Trabalhar fora do domicílio foi um fator investigado por ser um dos principais fatores identificados em estudos de interrupção precoce da amamentação e um fator que expressa uma quebra de vínculo entre mãe e bebê, nesta pesquisa 50% das mulheres precisavam ausentar-se do seu domicílio para trabalhar, o que torna difícil a tarefa de cuidar do Bebê e amamentar em tempo oportuno¹⁴

Para as mulheres que não possuem conhecimento sobre contracepção a gravidez não planejada muitas vezes surge como um problema e está ligada a falta de informações ou dificuldade no acesso aos métodos contraceptivos, ou até mesmo o uso inadequado dos mesmos. Apenas 10% das puérperas entrevistadas planejaram a última gestação e 10% faziam uso de contraceptivos, um dado alarmante que reflete a uma assistência de planejamento familiar falha ou inexistente.¹⁵ A prevalência da gravidez não planejada deste estudo foi maior

do que a taxa descrita no estudo de Prietsch et al, onde foi identificado 65% de mulheres que não planejaram a gravidez o que foi considerado um dado alarmante pelo autor.¹⁶

O acompanhamento pré-natal tem significativa importância na prevenção de fatores de risco na gestação, e tem sido evidenciada na literatura, pois permite a identificação de doenças precocemente e reduz a ocorrência de óbitos neonatais e maternos. Neste estudo 100% das mulheres fizeram acompanhamento pré-natal, porém 75% iniciaram após o 2º trimestre de gestação destas, o que não condiz com o que preconiza o ministério da saúde. A presença de morbidade materna associada à gestação esteve associada em outros estudos a óbitos neonatais e pós-neonatais. Neste estudo 65% das mulheres tinham algum tipo de morbidade durante a gestação, entre hipertensão, diabetes e obesidade.¹⁷

Em um estudo qualitativo onde relata a violência obstétrica, identificaram que a violência com a mulher se inicia na sala de pré-parto e durante o trabalho de parto, de natureza psicológica, foi verificado o quanto os profissionais são insensíveis, e abordam a mulher de forma grosseira, impondo silêncio a ela. O fato de as vítimas confiarem nos profissionais de saúde, faz com que elas não reconheçam que sofrem violência obstétrica e os profissionais passam a ser autoritários pelo cargo que ocupam no serviço, assim deixando a parturiente impotente e sem escolhas. No presente estudo foi possível observar que 10% das mulheres entrevistadas foram repreendidas por chorar ou demonstrar qualquer sentimento no momento do parto, o que tira dela sua autonomia e segurança em um momento tão delicado como o trabalho de parto.^{18, 19}

Em um estudo exploratório onde foi investigado o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica, foi verificado um grande número de mulheres que sofrem com a falta de humanização durante o trabalho de parto, quando deveria ser um momento positivo para a mãe, se transforma em uma experiência negativa.¹⁹ Na presente pesquisa, foi possível observar que 100% das mulheres foram submetidas a procedimentos desnecessários que são considerados por diversos estudos uma forma de violência obstétrica, porém, nenhuma mulher relatou ter sofrido violência.

Em um estudo onde o objetivo foi descrever a inserção do acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto foi revelado que praticamente todos os serviços avaliados na pesquisa permitem a presença do acompanhante, sabendo que é direito da mulher ter a presença do acompanhante durante o processo de trabalho de parto e deve ser instituído

em todos os serviços públicos. Na presente pesquisa 50% das mulheres foram impedidas de ter a presença de alguém de sua confiança, sabendo que é um direito amparado por Lei.²⁰

O contato pele a pele da mãe com o bebê deve ser estimulado imediatamente após o parto, pois acalma o bebê e a mãe; auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiração do RN; reduz o choro e o estresse e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe. Diferentemente do ideal, este estudo identificou que 70% das mulheres não foram estimuladas ao contato pele a pele após o nascimento do RN, antes da realização dos procedimentos necessários ao recém-nascido.²¹

Conclusão

Esta pesquisa possibilitou identificar algumas situações de violência obstétrica vivenciadas por mulheres no hospital cenário da presente pesquisa. Foi possível perceber que as mulheres entrevistadas não relataram ter se sentido vulneráveis e inseguras durante o processo de trabalho de parto, porém várias relataram terem sido submetidas a procedimentos sem o consentimento das mesmas, algumas foram repreendidas por manifestar seus sentimentos, uma grande parte foi impedida de ter um acompanhante de sua confiança no momento de trabalho de parto e de ter contato imediato com o bebê após o parto. Apesar de muitas terem relatado situações consideradas violência obstétrica, não afirmaram ter sofrido nenhum tipo de violência ou ter sentido vulnerabilidade durante o processo de trabalho de parto.

Portanto, fica evidente o desconhecimento destas mulheres acerca do que realmente é a violência obstétrica, pois mesmo vivenciando, não reconhecem os atos de violência que sofreram. É de primordial importância a conscientização das mulheres acerca dos seus direitos e deveres do período gestacional, sendo os profissionais de saúde fornecedores de informações e orientações a estas mulheres, durante o acompanhamento pré-natal para que reconheçam o que é a violência obstétrica e lutem em busca dos seus direitos, evitando danos a sua saúde.

Percebe-se também a importância de uma assistência humanizada pelos profissionais de saúde envolvidos no parto para que tornem todo o processo de parto humanizado e previnam agravos a saúde da mulher e do bebê, garantindo um desenvolvimento saudável da criança após seu nascimento e um pós parto tranquilo para a mulher. Para a implementação de práticas humanizadas nos serviços de saúde voltadas a protagonização da mulher durante o processo de trabalho de parto é necessária a mobilização dos profissionais de saúde que atuam diretamente com este público.

REFERÊNCIAS

1. Piccinini CA, Gomes AG, Nardi T, Lopes RS. Gestação a constituição da maternidade. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 13, nº 1, p. 63-72, jan/mar 2008.
2. Rodrigues DP, Alves VH, Branco MBLR, Mattos R, Dulfe PAM, Vieira BDGA. Violência obstétrica como prática no cuidado na saúde da mulher no processo parturitivo: análise reflexiva. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(Supl. 5):8461-7, jun., 2015.
3. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev Rene*; 15(4):820-8, 2014.
4. Barbosa GP, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias?. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6): 1611-1620, nov-dez, 2003.
5. Rohde AMB. A Outra Dor do Parto: Género, Relações de Poder e Violência Obstétrica na Assistência Hospitalar ao Parto. Faculdade de ciências sociais e humanas, set, 2016.
6. Andrade BP, Aggio CM. Violência obstétrica: a dor que cala. Anais do III Simpósio Género e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248, Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014.
7. Oliveira ZMLP, Madeira AMF. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev Esc Enferm USP*; 36(2): 133-40. Violência obstétrica, 2002.
8. Soares BP, Vasconcelos TC, Quaresma JS, Rodrigues RLS, Alcântara JPB, Costa MQ. Violência obstétrica e suas implicações. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*. 4(Edição Especial):93-94, 2015.
9. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Comunicação saúde educação*; 21(60): 209-20, 2017.
10. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciência e Saúde coletiva*, 10(3) 660-705, 2005.
11. Barros MAL, Nicolau AIO. Fatores Socioeconômicos da Gestante Associados ao peso do Recém-Nascido. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(7):4769-74, jul., 2013.
12. Baptista MN; Baptista ASD, Dias RR. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicol. cienc. prof.*[online]. 2001, vol.21, n.2, pp.52-61. ISSN 1414-9893.

13. FREIRE, Karina; PADILHA, Patrícia de Carvalho and SAUNDERS, Cláudia. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [online]. 2009, vol.31, n.7, pp.335-341. ISSN 0100-7203.
14. Osório CM, Queiroz ABA. Representações sociais de mulheres sobre a amamentação: teste de associação livre de ideias acerca da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007 jun; 11 (2): 261 - 7.
15. Coelho EAC, Andrade MLS, Vitoriano LVT, Souza JJ, Silva DO, Gusmão MEN, Nascimento ER, Almeida MS. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(3):415-22.
16. Prietsch SOM, González-Chica DA, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(10): 1906-1916, out, 2011.
17. OLIVEIRA, Elaine Fernandes Viellas de; GAMA, Silvana Granado Nogueira da and SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.3, pp.567-578.
18. Silva JK, Mercês MC, Messias JMA, Guimarães KP, Jesus LMSB. Violência obstétrica no ambiente hospitalar: relato de experiência sobre incoerências e controvérsias. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(12):1345-51, dez., 2015.
19. Silva RLV, Lucena KDT, Deininger LSC, Martins VDS, Monteiro ACC, Moura RMA. Violência obstétrica sob o olhar das usuárias. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 10(12):4474-80, dez., 2016.
20. Brüggemann OM, Oliveira ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. Acompanhante de parto em Santa Catarina. *Esc Anna Nery (impr.)* 2013 jul - set; 17 (3):432 – 438.
21. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 63, núm. 6, dezembro, 2010, pp. 998-1004.