

# VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

## OBSTETRIC VIOLENCE

Vera Maria Neves SMOLENTZOV<sup>1</sup>  
Geisa Maria Batista MOTERANI<sup>2</sup>

---

**Resumo:** Falta de informação sobre os procedimentos pelos quais vão passar como agressões verbais, abuso de medicação sem justificativa médica, e tantos outros, estas são algumas dentre as muitas situações pelas quais as mulheres passam durante o parto. Grande maioria delas creem que estas situações de privação ou sofrimento são normais, inerentes ao processo de gestação e parto, pois confiam nos/nas profissionais da saúde que as atendem, acreditam que os/as mesmos(as), estão adotando o melhor procedimento possível. Em quase sua totalidade elas não sabem, no entanto, que muitos desses procedimentos são contrários às evidências científicas e recomendações do Ministério da Saúde e da ONU. Esses procedimentos físicos, emocionais e psicológicos pelos quais algumas mulheres passam durante a gestação, pré natal, parto, pós parto e eventuais abortamentos são contrários aos princípios da humanização e da medicina baseada em evidências e recebem o nome de Violência Obstétrica.

**Palavras-chave:** Violência contra a mulher. Gestação e parto. Direitos das mulheres.

**Abstract:** Lack of information about the procedures they will go through as verbal assaults, medication abuse without medical justification, and so many others, these are some of many situations women experiences during childbirth. Most of them believe that these situations of deprivation or suffering are normal, inherited by the process of gestation and delivery, because they trust the health professionals who attended them, they believe that the health professionals are adopting the best possible procedure. Almost all of them do not know, however, that many of these procedures are contrary to the scientific evidence and recommendations of the Ministry of Health and the UN. These physical, emotional, and psychological procedures that some women undergo during pregnancy, prenatal, childbirth, postpartum, and eventual abortions are contrary to the principles of humanization and evidence-based medicine and which are called Obstetric Violence.

**Keywords:** Violence against women. Pregnancy and childbirth. Women's rights.

---

*“Multiplicarei os sofrimentos de teu parto; darás à luz com dores.” (Gên. 3: 16)*

Pagamos ainda hoje um alto “preço” por termos abandonado a posição quadrúpede e assumido a postura ereta sobre as duas pernas diz Eleonora de Moraes<sup>3</sup>. Ela explica que, “Eva” ao erguer-se e ficar em pé para apanhar a maçã do conhecimento, perde o paraíso e é

---

<sup>1</sup>Doutora em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP. Professora de Ciências Sociais na Faculdade Fundação Educacional Araçatuba, Araçatuba/SP – FAC-FEA. Coordenadora do Departamento de Ensino, Pesquisa, Extensão, Pós-graduação. E-mail: nupecs@feata.edu.br

<sup>2</sup>Psicóloga, formada pela Faculdade Fundação Educacional Araçatuba – FAC-FEA. E-mail: geisamaria@hotmail.com

<sup>3</sup>Psicóloga, educadora perinatal e “doula”.

impelida para fora do seu estado de nirvana, já que escolheu viver com consciência. Recebe então a sentença das leis divinas.

A antropologia nos mostra que para ficar em pé os hominídeos tiveram que alongar e estreitar sua pelve para conseguir suportar o peso do próprio corpo sobre duas pernas. Ao mesmo tempo, para desfrutar da maçã do conhecimento e desenvolver inteligência, o crânio teve que triplicar seu tamanho, devido ao aumento do córtex cerebral”, assegura Eleonora. Resultado: cabeça três vezes maior e pelve muito mais estreita, impossibilitando a passagem do feto, conclui. Diante destas dificuldades pergunta-se então como o nascimento humano continuou sendo possível e não nos extinguímos morrendo todas no parto?

Segundo a Psicóloga a resposta a esta difícil charada chama-se Fetação e significa que o tempo de gestação diminuiu. Se hoje uma gravidez acontece em nove, dez meses, deveria durar um ano e meio aproximadamente. Sendo assim, nasceríamos como nossos amigos mamíferos: já eretos, podendo nos locomover e sobrevivendo de modo quase independente. Nossos bebês são fetos fora do útero, declara Eleonora e têm necessidade violenta de vínculo, de relacionamento intenso e muito próximo da mãe que deverá lhes prover absolutamente todo cuidado e alimento. Evolutivamente, ou o vínculo e amor entre mãe e bebê era desenvolvido ou estaríamos todos condenados à extinção, assegura ela.

Ainda de acordo com a autora outro mecanismo que tornou possível nascer foi o incrível movimento de rotação que o bebê faz dentro da pelve da mãe na hora do parto. A espécie humana é a única a fazer este movimento de rotação. Somos, portanto, a única espécie animal a nascer com a face voltada para trás, para as nádegas da mãe e não em direção aos seus braços e ao seu rosto, como nas macacas que seguram seus filhotes ao nascer. Assim sendo, analisa Eleonora, ficou quase impossível para as mulheres primitivas parirem sozinhas seus filhos, sendo necessário chamar outras mulheres para ajudar a apanhar o recém-nascido no momento do parto.

Crizóstomo et al (2007) afirma que o parto domiciliar não -intervencionista por longo tempo foi prática comum , considerada normal na sociedade. Só a partir do século XX , a medicina transformou o parto , que é um evento fisiológico , em um evento patológico , que necessita, na maioria das vezes, de tratamento medicamentoso e cirúrgico, predominando a assistência hospitalar ao parto, tornando-o, a partir daí, institucionalizado.

Até o início do século passado, as parteiras, aparadeiras ou comadres eram mulheres de confiança da gestante e/ou reconhecidas pela comunidade por sua experiência na realização do parto e no acompanhamento durante o trabalho de parto e pós-parto, que ocorriam no domicílio, chamado de “cuidar do resguardo”. Essas mulheres destacam as

autoras, eram pobres e geralmente pouco ou nada recebiam por seu trabalho, no entanto, faziam disso um sacerdócio. Por ser uma atividade desvalorizada, o parto era deixado aos cuidados femininos, pois além de serem raros os médicos que existiam eram pouco familiarizados com o atendimento ao nascimento.

No Brasil Colônia, as mulheres eram preparadas para parir na posição agachada ou sentada e contavam com o trabalho das parteiras. Os médicos se mostravam insensíveis à dor das parturientes. Por isso, as mulheres preferiam as parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar a genitália. Estas conheciam a gravidez, o puerpério e manobras que facilitavam o parto por experiência própria, portanto gozavam de enorme prestígio na sociedade.

No final do século XVI, o cirurgião inglês Peter Chamberlain passou a utilizar o fórceps obstétrico com frequência, fazendo com que o trabalho da parteira, reconhecido pela sociedade, começasse a sofrer declínio. A intervenção masculina passou a substituir o paradigma não-intervencionista das parteiras, e estas passaram a ser rejeitadas.

No início do século XX, os médicos formados nas faculdades brasileiras não possuíam conhecimentos práticos, apenas teóricos, pois nos hospitais não havia gestantes internadas para parir. Após a Segunda Guerra Mundial, o parto no Brasil foi progressivamente institucionalizado, com o crescimento do número de partos hospitalares. Os médicos diminuíram de forma significativa os riscos hospitalares ao incorporarem novos conhecimentos e habilidades nas áreas relativas à cirurgia, assepsia, anestesia e hemo antibioticoterapia.

As modificações da posição vertical para a deitada, litotômica, semi-sentada, foram sugeridas em Londres e Paris, tendo como causa a comodidade do médico ou do pessoal responsável pelo atendimento ao parto. Ressaltam-se, nesta mudança, o desrespeito aos mecanismos fisiológicos do parto e o prejuízo na qualidade do atendimento ao parto normal de baixo risco. Essa alteração passa a ser adotada pela maioria das escolas médicas. (CRIZÓSTOMO et al, 2005, p. 9).

De acordo com o Jornal do Senado Federal (2014) em 1970 a taxa de realização de parto cesárea era de 14,6%, ascendendo a 32% em 1980 nos hospitais vinculados ao Inamps. Em 2000, eram de 38% e dez anos depois (2010) de 52%.

A partir destes dados conclui-se que o número de partos cesáreos praticamente quadruplicou seguindo na contramão dos países europeu cujas políticas públicas têm se dedicado a diminuir o número de cesáreas. O Senado Federal (2014) informa que o maior índice, no Velho Continente, é de Portugal com 35%.

A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (2014) cita a pesquisa “Nascer no Brasil” (2014), da Fiocruz, realizada entre 23.894 parturientes de hospitais públicos e privados e que mostra detalhes do problema no Brasil. Segundo a Fundação o que se percebe é que a ideia de que o parto cirúrgico é mais seguro está enraizada na sociedade, o que é uma inverdade.

De acordo com a pesquisa detectou-se que 70% das gestantes, no início da gravidez, optam pelo parto normal. Mas, a ideia se perde no meio do caminho e, dentre os motivos, estão o medo da dor, a ilusão de que a cesárea é mais segura, o tempo de espera para o nascimento, a falta de vagas em alguns hospitais particulares, que demandam agendamentos, e algumas crenças folclóricas sobre o parto normal (faz cair a bexiga, causa problemas genitais – eventos que podem acontecer não pelo parto em si, mas, pela inabilidade do profissional, que também pode cometer erros na cesariana). (FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL, 2014).

“Violência Obstétrica” é um termo reconhecido por Lei na Venezuela desde 2007 como sendo a existência de um tipo de violência contra a mulher que decorre de situações em ambiente hospitalar no momento do parto. O termo, cunhado no meio acadêmico pelo presidente da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela, Dr. Rogelio Pérez D’Gregorio, em editorial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, em 2010, vem desde então ganhando força dentro dos movimentos sociais preocupados com violências exercidas contra mulheres, em especial aqueles que lutam pela humanização da assistência materno-infantil.

Muitas vezes a expressão “Violência Obstétrica” pode acabar passando uma impressão equivocada porque pode parecer que se refere apenas à violência física. Entretanto, ela inclui uma série de tratamentos desrespeitosos que vão de piadinhas e comentários maldosos e preconceituosos ao completo desrespeito e intervenções médicas feitas contra a vontade da mãe durante a gestação, parto e pós parto imediato. Não é pelo fato de ter sido feito o parto escolhido pela mulher que ele tenha sido realizado de forma humana, profissional e respeitosa. Mas também não é porque ele não tenha sido o tipo escolhido pela mulher que ele se caracteriza por violência obstétrica. Algumas vezes por força maior, a escolha acaba sofrendo modificação em algum momento, mas é preciso analisar se tudo foi feito com respeito e informação numa escolha esclarecida.

### **Violência obstétrica: algumas definições:**

[...] a apropriação dos processos do corpo e reprodutivos das mulheres por profissional de saúde expressada por tratamento desumano, abuso de medicamentos e conversão dos processos naturais em patológicos, trazendo com isso a perda de autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida das mulheres. (LEI ORGANICA, art. 15 apud D’GREGORIO, 2010, p. 201, tradução nossa).

Conforme Carla Andreucci Polido - Obstetra e Professora da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar :

Violência obstétrica é quando você transforma o processo fisiológico do parto, em um evento medicalizado, institucional, quando se ultrapassa as recomendações científicas para assistência ao pré-natal e ao parto através de uso abusivo da tecnologia em desrespeito ao processo fisiológico. (AMYUNI, 2014)

No Dossiê da Violência Obstétrica: “Parirás com dor”(2012) encontramos Violência Obstétrica como sendo: todos aqueles atos praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis.

Uma pesquisa intitulada “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado”, divulgada em 2010 pela Fundação Perseu Abramo revela que, atualmente uma em cada quatro mulheres sofre algum tipo de violência durante o parto. Por conta do grande número de denúncias que tem recebido, o Ministério Público Federal decidiu instaurar em março de 2014, um inquérito civil público para apurar esses casos. Balogh (2014), afirma que mulheres são diariamente vítimas da violência obstétrica em consultórios e hospitais das redes pública e privada de saúde. Ela menciona os relatos do MPF (Ministério Público Federal), dizendo que muitas mães são amarradas e obrigadas a ficar deitadas durante o trabalho de parto quando é comprovado cientificamente que, para minimizar os incômodos das contrações, a mulher deve se movimentar e ficar na posição que se sente mais confortável para parir. A jornalista conclui dizendo que muitas parturientes não sabem dos seus direitos no pré-natal, na hora do parto e no pós-parto e constantemente sofrem com agressões físicas ou emocionais por parte dos profissionais de saúde.

Em sua dissertação de mestrado<sup>4</sup>, Salgado (2012) evidenciou o uso rotineiro de práticas inadequadas e desrespeitosas, como o convencimento para realizar a cesárea com base em informação distorcida e ameaçadora, o descaso com o bem-estar físico e emocional da mulher, a privação de recursos e procedimentos baseados em evidências científicas na condução do pré-natal e do trabalho de parto, o desrespeito à Lei do Acompanhante, a privação do contato com o bebê após o nascimento, o uso de medicamento para sedar as mulheres logo após o parto, entre outras ocorrências analisadas sob a ótica da violência institucional obstétrica. A psicóloga<sup>5</sup> conclui que o processo que conduz as mulheres a uma cesárea indesejada é marcado por uma assistência que virtualmente inviabiliza a possibilidade do protagonismo feminino e de escolha informada, priorizando as conveniências e

---

<sup>4</sup> “A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento”, 2012.

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Pública pela USP

necessidades das equipes e instituições que as acompanham, com significativo impacto emocional no pós-parto e na relação mãe-bebê.

A obstetra e professora da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Carla Andreucci Polido (apud AMYUNI, 2014) ressalta que as ações nos hospitais consideradas violência obstétrica, são muitas e ocorrem com frequência. Como exemplo disso a médica cita a submissão da gestante a uma aceleração do parto sem necessidade (infusão intravenosa - ocitocina sintética), privação da presença do acompanhante, prescrição de jejum para a gestante (que faz mal para a mãe e para o bebê), aplicação de pressão sobre a barriga da parturiente para empurrar o bebê (manobra de Kristeller), utilização rotineira de lavagem intestinal, exame frequente de toque para verificar a dilatação e deixar de oferecer métodos naturais e medicamentos quando necessário para aliviar a dor, são procedimentos que caracterizam essa violência.

Os relatos de humilhações praticados por parte dos profissionais de saúde também são bastante comuns. Frases do tipo: “se você não parar de gritar, eu não vou mais te atender”, “na hora de fazer não gritou” (e outras do gênero), agendar uma cesárea sem a real necessidade (e contra a vontade da paciente), ou impedir procedimentos simples, como massagens para aliviar a dor e a presença de um acompanhante na hora do parto (que pode ser o marido ou qualquer pessoa da escolha da parturiente). (BALOGH, 2014).

Também na lista de comportamentos considerados como violência obstétrica estão desde a enfermeira que pede para a mulher não gritar na hora do parto normal, até o médico que faz uma episiotomia indiscriminada (corte entre o ânus e a vagina para facilitar a saída do bebê). Apesar de a OMS (Organização Mundial da Saúde) determinar critérios e cautela para a adoção do procedimento, médicos fazem essa prática de maneira rotineira. A obstetrix Ana Cristina Duarte, do Gama (Grupo de Maternidade Ativa), afirma Balogh (2014) estima que entre 80% a 90% das brasileiras são cortadas durante o parto normal. “Sabemos que há evidências de que não é necessário mais cortar as mulheres. As mulheres são cortadas sem o consentimento delas”.

No seu trabalho de mestrado, Salgado (2012), relata que entre as formas mais comuns de violência está o abandono pós parto, da sensação de vulnerabilidade sem ter um profissional que informasse sobre a situação delas e de seus bebês, o fato de não lembrarem do primeiro contato com o bebê a não ser através de registros feitos por terceiros. Em referência a isto a obstetra Polido (apud AMYUNI, 2014) afirma que o bebê que nasce em boas condições deve ser colocado em contato pele a pele com sua mãe, imediatamente após o parto para favorecer o vínculo e a amamentação, que deve ser realizada preferencialmente na

primeira hora do bebê. Balogh (2014) destaca que mães que são impedidas de ter contato com o bebê e amamentá-lo logo após o parto também podem denunciar os profissionais de saúde.

Descrição dos atos caracterizadores da violência obstétrica segundo o Dossiê da Violência Obstétrica: Parirás com dor (2012, p. 60 - 61):

**1 Caráter físico:** ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

**2 Caráter psicológico:** toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais.

**3 Caráter sexual:** 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. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

**4 Caráter institucional:** ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

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

**6 Caráter midiático:** são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce. Podem, em um mesmo fato, mesclarem-se os caracteres de violência obstétrica.

## **Conclusão**

Cada parto constitui-se em uma experiência única, pessoal e de certa forma imprevisível. As expectativas são muitas, assim como as inseguranças, até mesmo para aquelas mulheres que se prepararam com cuidado para o momento. Embora seja garantido legalmente a presença de uma pessoa de sua confiança durante o evento, isso nem sempre é permitido. A mulher vê-se então obrigada a confiar sua vida e de seu bebê aos cuidados de uma equipe, geralmente de pessoas estranhas, pessoas essas que ela acredita que serão cuidadosos durante o processo. Vemos, entretanto, que a realidade está longe de corresponder às expectativas. Ao contrário, é possível observar com grande frequência inúmeras violações aos direitos humanos e reprodutivos da gestante. A mulher perde sua autonomia, não é questionada, não pode escolher e se vê submetida a inúmeros tipos de violências físicas, emocionais e psicológicas. Muitas práticas sem evidências científicas ou com sugestão de uso restrito continuam sendo aplicadas rotineiramente. Dessa forma, o parto, um evento fisiológico e natural, para estas mulheres acaba se transformando numa experiência traumática para o restante de suas vidas. Observa-se desta forma a necessidade de campanhas de conscientização sobre os direitos das gestantes e uma atuação mais incisiva do Estado para elaboração de estratégias de enfrentamento. Nas palavras de Covre (2005), tão necessário quanto a criação de espaços públicos para a reivindicação de direitos é a extensão do conhecimento a todos e todas para que saibam dos seus direitos de reivindicar.



Os direitos humanos e de cidadania refletem a dinâmica das relações sociais e estruturas de poder vigente no país, estimulando a participação feminina na luta pela afirmação de seus direitos para diminuição da imensa desigualdade de gênero e uma convivência cidadã.

## **Bibliografia**

AMYUNI, S. Denunciar a Violência Obstétrica é o 1o. Passo para Reduzir Casos, diz Médica. **G1**, 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2014/04/denunciar-violencia-obstetrica-e-o-1-passo-para-reduzir-casos-diz-medica.html>>. Site consultado em: 26 jul. 2014.

BALOGH, G. Mulheres Denunciam Violência Obstétrica; saiba se você foi vítima. Fórum Justiça. 2014. Disponível em: <<http://www.forumjustica.com.br/pb/mulheres-denunciam-violencia-obstetrica-saiba-se-voce-foi-vitima>>. Site consultado em: 10 fev. 2015.

COVRE, M. de L. M. **O que é Cidadania**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

CRIZOSTOMO, C. D. et al. A Vivência de Mulheres no Parto Domiciliar e Hospitalar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

D'GREGORIO, R.P. Obstetric Violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v.111, n.3, 2010, pp.201-202. Especial Editorial. Disponível em: <[http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/figo\\_-\\_violencia\\_obstetrica\\_-\\_legislacao\\_na\\_venezuela.pdf](http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/figo_-_violencia_obstetrica_-_legislacao_na_venezuela.pdf)>. Acesso em: 26 jul. 2014.

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. Cesarianas são mais da Metade dos Partos no Brasil. 2014. Disponível em: <<http://www.fmcsv.org.br/pt-br/noticias-e-eventos/Paginas/Cesarianas-sao-mais-da-metade-dos-partos-no-Brasil.aspx>>. Acesso em: jan. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Nascer no Brasil: Pesquisa Revela o Numero Excessivo de Cesarianas. 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-revela-numero-excessivo-de-cesarianas-no-pais>> . Acesso em: jan. 2015.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO / SESC. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado. 2010. Pesquisa de Opinião Pública. Disponível em:<<http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>>. Acesso em: mar. 2015.

MORAES, E. A Saga de Eva e o Nascimento Humano. Despertar do Parto. **Blog**, 05 ago. 2005. Disponível em: <<http://www.despertardoparto.com.br/blog---artigos-por-eleonora>>. Acesso em: fev. 2015.

SALGADO, H.de O. **A Experiência da cesárea indesejada**: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública (FSP), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<file:///Users/geisamoterani/Downloads/HOS.pdf>>. Acesso em: jan. 2015.

SENADO FEDERAL. Número de cesáreas não para de crescer no Brasil. **Jornal do Senado**, 2014. Especial Cidadania.

Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/cidadania/edicoes/474/rede-publica-possui-boas-experiencias-de-parto-humanizado>>. Acesso em: abr. 2015.

SENADO FEDERAL. Violência obstétrica: “Pariras com dor”. **Dossiê produzido por Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa**, 2012. Disponível em:

<<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>. Acesso em: mar. 2015.

Recebido em: 30/11/2016

Aprovado em: 20/06/2017