



ORIGINALES

Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal

Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal

Forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth

Isaiane da-Silva-Carvalho¹
Rosineide Santana-Brito²

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

E-mail: isaianekarvalho@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>

Submissão: 10/02/2016

Aprovação: 28/05/2016

RESUMO

Objetivo: Identificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.

Método: Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido junto a 35 puérperas, nas duas maternidades públicas municipais existentes na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, que tiveram parto pela via transpélvica, com filho vivo, e em condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos propostos. Foram excluídas adolescentes sem responsável legal e puérperas que pariram fora da maternidade.

Resultados: Os relatos das puérperas retratam as formas de violência obstétrica da qual foram vítimas, caracterizadas por palavras e atitudes dos profissionais de saúde que as assistiram.

Conclusões: No âmbito do novo modelo de assistência ao parto e nascimento a violência obstétrica não deve ter espaço e os profissionais de saúde devem atuar no sentido de garantir um atendimento digno, com qualidade e tratamento respeitoso. O tempo em que a única opção era silenciar e suportar chegou ao fim.

Palavras chave: Parto normal; Serviços de saúde materna; Violência contra a mulher; Mulheres.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las formas de violencia obstétrica experimentadas por las madres que tuvieron un parto normal.

Método: Estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, desarrollado con 35 puérperas, en dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, que tuvieron parto vaginal, con niño vivo, y en condiciones físicas y emocionales para responder a las preguntas propuestas. Fueron excluidas las adolescentes sin tutor legal y las puérperas que dieron a luz fuera del hospital.

Resultados: Los informes de las madres representan las formas de violencia obstétrica de las que eran víctimas, que se caracteriza por las palabras y actitudes de los profesionales de la salud que las asistieron.

Conclusiones: En el marco del nuevo modelo de asistencia al parto y al nacimiento, la violencia obstétrica no debería tener espacio y los profesionales de la salud deben actuar para garantizar un servicio decente, con una calidad y un trato respetuoso. El tiempo en que la única opción era el silencio y soportar llegó a su fin.

Palabras clave: Parto normal; Servicios de salud materna; Violencia contra la mujer; Mujeres.

ABSTRACT

Objective: Identify forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth.

Methods: Descriptive study with a qualitative approach, developed with 35 puerperal women, in both public maternity hospitals existing in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Brazil, who gave birth by vaginal delivery with a live child, and physical and emotional conditions to answer the proposed questions. adolescents were excluded without legal guardian and mothers who gave birth outside the hospital.

Results: The reports of mothers portray forms of obstetric violence of which they were victims, characterized by words and attitudes of health professionals who attended them.

Conclusions: Under the new delivery care model and birth obstetric violence should have no space and health professionals should act to ensure decent service, with quality and respectful treatment. The time when the only option was silencing and enduring has ended.

Keywords: Natural childbirth; Maternal health services; Violence against women; Women.

INTRODUÇÃO

Durante o processo parturitivo inúmeras mulheres são vítimas de abusos e tratamento desrespeitoso no âmbito das instituições de saúde. Essa realidade, que atinge diversos países do mundo, além de violar os direitos dessas mulheres a um atendimento de qualidade, coloca em risco a sua integridade física e mental em um momento de extrema singularidade. Sendo assim, além de um problema de saúde pública, tem-se uma questão de direitos humanos¹.

A violência, seja de ordem física, emocional ou simbólica, é produtora de elevado grau de sofrimento² sendo, por vezes, apresentada de forma tão sutil que chega a ser difícil enxergá-la e, conseqüentemente, dar maior notoriedade a temática³. Nesse contexto a violência obstétrica compreende qualquer ação que produza efeitos negativos de caráter físico e psicológico durante o processo parturitivo natural. Na maioria das vezes, sua materialização ocorre por meio de um tratamento desumanizado oriundo dos profissionais de saúde⁴.

Mediante a essa realidade faz-se necessário compreender o significado de violência obstétrica, mas, isto não se constitui como tarefa fácil em virtude das inúmeras conceituações surgidas nos últimos anos. Uma delas, presente na legislação da Venezuela, pioneira na América Latina, ao tornar a violência obstétrica ilegal, afirma ser esse tipo de violência "*apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales [...]*"^{5:30}.

No Brasil, uma pesquisa sobre mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados, demonstrou que 25% das entrevistadas foram vítimas de violência obstétrica⁶. Outro estudo, desenvolvido em uma maternidade situada em São Paulo, Brasil, evidenciou percentual semelhante, 27,9%. Destacaram-se como expressões da violência a realização de procedimentos sem as devidas explicações ou

autorização concedida (27,3%) pela mulher, a exemplo da episiotomia, amniotomia artificial e enema. Também foram observadas falhas no esclarecimento de dúvidas (16,3%) e proibição quanto a presença do acompanhante (9,3%)⁷.

Quando se analisa a presença de violência obstétrica associada a práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal, os resultados são piores. Identificou-se prevalência de 86,57% em uma maternidade escola do Nordeste, sendo as principais práticas prejudiciais os esforços de puxo (65%), a administração de ocitocina (41%) e o uso rotineiro de posição supina (39%)⁸.

Essa realidade contrapõe-se às recomendações da Organização Mundial de Saúde, a qual preconiza, a ocorrência de um parto normal, de forma espontânea, sem induções, tendo a parturiente direito à privacidade, respeito quanto a escolha do local de parto, apoio empático dos prestadores de serviço, presença de um acompanhante, liberdade de posição, estímulo a posições não supinas, bem como ausência de restrição hídrica⁹.

Desse modo, percebe-se que o modelo obstétrico brasileiro, marcado pela necessidade de um parto rápido, onde o respeito a autonomia da mulher em algumas situações é esquecido, favorece a ocorrência de intervenções desnecessárias, baseadas em práticas sem evidências científicas que as apoiem, condição que favorece a ocorrência de violência obstétrica¹⁰.

Entende-se que a identificação das formas de violência é uma maneira de reconhecer a existência do problema e como se dá a sua manifestação. Dessa forma, os resultados desse estudo poderão contribuir para a elaboração de estratégias capazes de mitigar a problemática atual presente no cenário obstétrico. Ademais, servirão de parâmetros para análise de outras realidades que apresentam quadro semelhante. Isso posto, objetivou-se identificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, no qual foram entrevistadas 35 puérperas. Esta pesquisa faz parte do projeto intitulado “Assistência ao parto normal: uma avaliação da qualidade” desenvolvida nas duas maternidades públicas municipais em funcionamento de Natal, Rio Grande do Norte, Nordeste do Brasil, durante os meses de março a julho de 2014. Essas maternidades foram escolhidas por representarem a assistência obstétrica pública ofertada às gestantes nos casos de parto com risco habitual, tornando-as campo favorável para a investigação do objeto de estudo.

Adotou-se os seguintes critérios de inclusão: puérperas que tiveram parto pela via transpélvica, com filho vivo, e em condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos propostos. Foram excluídas adolescentes sem responsável legal e puérperas que pariram fora da maternidade.

As participantes foram selecionadas mediante convite oral durante visita ao alojamento conjunto. Apresentou-se inicialmente os objetivos da pesquisa, sua relevância e destacou-se a importância da participação. Mediante aceitação, iniciou-se a entrevista no local, com prévia leitura e assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. Destacou-se que a qualquer momento poderia ser solicitada a exclusão da pesquisa sem prejuízos de qualquer natureza.

As entrevistas foram numeradas de acordo com a ordem de ocorrência, sendo o número utilizado posteriormente para codificação, de modo a garantir o anonimato das puérperas.

O instrumento de coleta continha questionamentos relativos às características sócio-demográficas, antecedentes obstétricos, informações da gestação atual e sobre o fato da puérpera ter sentido ou sentir-se intimidada e/ou constrangida com alguma palavra ou expressão mencionada pelos profissionais de saúde. Para isso optou-se pela entrevista semiestruturada.

Utilizou-se a Análise de Conteúdo segundo Bardin¹¹, o que envolveu as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação). Durante a pré-análise as falas escritas das participantes foram organizadas com base nas regras da exaustividade, homogeneidade e pertinência e posteriormente efetuou-se uma leitura flutuante para apreender as impressões iniciais do material, seguida por sucessivas leituras a fim de identificar as unidades de registro. A exploração do material permitiu que os dados fossem agrupados por semelhança, possibilitando a identificação de suas características. Por fim, as informações foram tratadas tornando-se significativas e válidas. Após esse processo, identificou-se duas categorias, a saber: palavras e atitudes.

Ressalta-se que o estudo seguiu os princípios éticos de pesquisa, estando em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto recebeu parecer favorável a sua execução pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o nº 562.313, de 28 de fevereiro de 2014, e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 25958513.0.0000.5537.

RESULTADOS

Neste item são apresentadas características sociodemográficas das participantes e as categorias temáticas resultantes de suas falas.

Características das puérperas

As puérperas entrevistadas tinham entre 18 e 36 anos, eram pardas (21 puérperas), tinham escolaridade de 4 a 16 anos, viviam em união consensual (20 puérperas), seguida pelas casadas (9 puérperas) e tinham renda que variou entre menos de 1 salário mínimo até 8 salários mínimos. O salário mínimo na época em que as entrevistas ocorreram era de R\$ 724,00. As primíparas compreendiam a maioria (19 puérperas) e 34 realizaram pré-natal, com início, em geral, no 3º trimestre (25 puérperas) e com número de consultas que variou de 1 a 13. Todas foram assistidas por um profissional de saúde e pariram com idade gestacional entre 37 e 41 semanas. Os relatos das puérperas estão descritos abaixo e retratam as formas de violência obstétrica da qual foram vítimas, caracterizadas por palavras e atitudes dos profissionais de saúde que as assistiram.

Palavras

Diversas foram às ocasiões, durante o processo parturitivo que a violência obstétrica se fez presente. Os comentários inadequados, oriundos de alguns profissionais de saúde, refletem uma assistência pouco humanizada e que marca profundamente a experiência do parto e nascimento.

Ela (profissional) ficou me recriminando pela quantidade de filhos que eu tenho. Ficou dizendo: “ainda vai querer mais” (E30).

A médica agiu com ignorância. Disse que eu não estava pronta para parir (E14).

A profissional (técnica de enfermagem) chegou e não se identificou, já foi mexendo no meu soro, foi ríspida e apresentou muita falta de humanização (E29).

Eu mandei chamar ela (médica) 3 vezes, mas não acreditou que eu estava parindo por ter chegado a pouco tempo. Quando veio e viu, disse: “vamos, vamos”, mas eu estava tendo uma contração e pedi para esperar. Ela não quis saber (E8).

Do mesmo modo, as críticas sobre o ato de gritar ou gemer durante o trabalho de parto estiveram presentes nas respostas das puérperas. Essas manifestações, reflexo da singularidade e expressão de cada entrevistada, independente de tratar-se da primeira gestação ou não, foram duramente questionadas. Aquelas que atestaram ter emitido gritos e gemidos passaram por momentos de intimidação, inclusive com a ameaça de serem deixadas sozinhas em um momento de considerável fragilidade.

A técnica de enfermagem disse que se eu ficasse gritando ia me deixar sozinha (E16).

A médica mandou eu parar de gemer, pois era um momento mágico e eu estava tornando-o sofrido, passando o sofrimento para quem estava perto de mim (E33).

A enfermeira disse: “você faz escândalo, chora, faz barulho. No primeiro você nem fez isso”(E21).

“Não tem pra que gritar alto é só fazer força”. Quando eu disse que ia desmaiar: “desmaie, só não pare de fazer força”(E23).

Atitudes

A problemática da dor foi relatada pelas puérperas entrevistadas. A dor é tida como algo inerente ao processo parturitivo e parte dos mecanismos fisiológicos do parto. Além disso, outras dores podem estar presentes nesse momento. Como exemplo, tem-se a dor provocada pelo modo como o toque vaginal é realizado e àquela decorrente da episiorrafia ou mesmo do processo de cicatrização, conforme descrito abaixo:

O médico me chamou de safada e nojenta. Depois do seu 6º filho, você não está aguentando essa dor (na hora do toque). A pessoa pode ter 10

filhos, mas sempre sente dor. Não é porque eu tive 6 filhos que não posso sentir dor (E13).

O médico disse que eu estava complicando, não facilitava. O toque estava doendo. No lugar de facilitar, eu estava complicando. Eu disse que estava doendo (E20).

Eu senti dor durante os pontos e falei para o médico, mas ele disse que já tinha dado anestesia e não podia fazer nada. Então eu disse que fizesse seu trabalho, mas que estava doendo, estava (E2).

Quando eu reclamei da dor dos pontos (alojamento conjunto) a técnica disse: "dor é para sentir mesmo e ainda vai sentir mais"(E31).

A posição do parto foi outro fator que gerou situações desconfortantes para as entrevistadas. A dificuldade em manter-se em posição conveniente para os profissionais levou as mulheres a serem, em alguns momentos, tratadas com ignorância, sendo, inclusive, pressionadas psicologicamente com a responsabilização por algum dano possível de ocorrer com o filho.

O médico com gritos, puxões e ignorância me disse para ficar quieta e abrir as pernas, se não eu ia machucar a criança (E15).

O médico, com ignorância, dizia: abra mais as pernas (E11).

A enfermeira falou para eu não fechar as pernas, se não ia matar o bebê (E4).

DISCUSSÃO

Diante dos relatos apresentados, depreende-se que a relação estabelecida entre profissionais e a parturiente, vista como ríspida e distante do que preconiza o movimento em prol da humanização do parto, reacende várias discussões. Uma delas diz respeito à percepção da violência pelos sujeitos envolvidos no processo, especialmente por quem a pratica.

Por vezes, o uso de frases pejorativas e repressoras são confundidas como uma forma de exercer autoridade no ambiente institucional. Isso evidencia atitudes pautadas em relações de gênero que historicamente comprometem o direito das mulheres¹². Na tentativa de se impor, os profissionais acabam por esquecer do mais importante, e do real motivo que os levam a estar presente naquela ocasião: prestar assistência, oferecer suporte e dar auxílio.

Durante o parto, a mulher necessita de atenção, esclarecimentos sobre o que será feito, respeito e empatia, e acima de tudo, a possibilidade de participar ativamente dessa fase de sua vida¹³. Entretanto, quando essas atitudes não estão presentes, o desfecho do parto e nascimento pode ser desfavorável, chegando, por vezes, a representar uma experiência negativa na vida daquela que a vivencia.

Do mesmo modo, comportamentos dessa natureza refletem falhas na formação desses que alimentam um sistema de saúde obstétrico com inúmeras deficiências, marcado pela execução de procedimentos sem o respaldo científico necessário¹⁴. Como resultado desse processo, tem-se a entrada no mercado de trabalho de profissionais incapazes de reconhecer as necessidades femininas durante o processo

do nascimento. Igualmente, o impacto de suas atitudes e palavras em uma ocasião tão especial na vida da mulher passa a ser desapercibido.

As falas revelam, ainda, uma relação de poder entre profissionais e parturientes, essas últimas em claro nível de inferioridade. Nessa condição elas tiveram sua dor silenciada pelo medo, e sofreram ameaças daqueles que deveriam prestar-lhe suporte e apoio.

Os gritos e gemidos incomodam os profissionais, pois na maioria das vezes revelam a necessidade de atenção, voltada para tranquilizar a mulher ou mesmo esclarecer suas dúvidas sobre o processo do nascimento. Quando isso não é possível, silenciar parece ter sido a opção mais rápida e eficiente para resolver o problema. Dessa forma a parturiente fica vulnerável a diferentes tipos de violência.

Estudo sobre violência institucional na perspectiva de usuárias em maternidades de São Paulo, Brasil, retratou a parturiente como 'escandalosa'. Esse atributo caracteriza a mulher que grita, não faz força e ou aciona frequentemente a equipe. Para as entrevistadas, essas estão mais sujeitas a serem mal atendidas, restando-lhe como única opção, silenciar¹⁵. Quando uma mulher silencia, não é apenas a dor que tenta omitir, mais também seus medos, seus anseios, suas dúvidas. Este é o mais claro exemplo de repressão sofrido pela mulher durante o processo parturitivo: não poder se expressar livremente em sua singularidade em um ocasião de desconforto, sobretudo causado pela dor do trabalho de parto.

Sobre a dor durante o parto, entende-se que trata-se de uma experiência sensorial subjetiva e o seu nível varia de acordo com as singularidades de cada pessoa. Durante o parto a dor sentida pela mulher é previsível. Entretanto, visto cada uma experienciá-la de forma distinta, os profissionais devem respeitar a individualidade de cada parturiente¹⁶. O fato dessa dor fisiológica fazer parte do processo abre no ideário dos profissionais a concepção de que qualquer outro tipo de dor também é aceitável e deve ser suportada pela mulher. Isso fica claro quando percebe-se que as falas das entrevistadas não tratam da dor fisiológica do parto, algo relatado em outros estudos¹⁷⁻¹⁹. Enquanto isso, a dor decorrente de procedimentos inseridos no campo obstétrico foi mencionada por algumas das entrevistadas.

Mais uma vez a mulher se vê obrigada a suportar qualquer tipo de dor e aquelas que não o fazem são hostilizadas. Romper com a ideia de que parto é sinônimo de dor e sofrimento, pode ser, talvez, o primeiro passo para entender as dores desse momento de outra forma e com a sensibilidade que o momento exige.

Em termos do parto em posição de litotomia, percebe-se que demonstra um cenário construído a favor dos profissionais e não para a mulher. Por vezes, essa é a única opção que ela dispõe para trazer seu filho ao mundo²⁰. As capacitações de cuidados durante o parto consideram essa posição como referência, assim como os livros que tratam dos mecanismos inerentes ao parto vaginal. Além disso, facilita o profissional a monitorizar os batimentos cardíacos fetais. No entanto, a mulher sente-se mais participativa quando pode escolher a posição que mais se adequa às suas necessidades²¹.

Obrigar a mulher a parir em posição de litotomia ou não dar outras opções denota a supressão da liberdade e imposição de poder. Deitada, em completa desvantagem, ela se vê a mercê dos profissionais que ali tem a oportunidade de impor as suas

comodidades, desconsiderando as necessidades e desejos da parturiente. Esse contexto marca a derrota do empoderamento feminino, da liberdade de escolha e do controle de seu próprio corpo.

CONCLUSÕES

No âmbito do novo modelo de assistência ao parto e nascimento, que aos poucos tenta ser instituído, contrapondo-se ao modelo hegemônico, a violência obstétrica não deve ter espaço. Se por muito tempo essa permaneceu invisível, tornando-se inerente ao processo de parto e nascimento, hoje pode ser vista nas suas diversas formas de manifestação. No presente estudo, identificou-se violência cuja revelação ocorreu por meio de palavras e atitudes oriundas de profissionais que atuam junto à parturiente.

Ao reconhecer a existência desse grave problema que afeta mulheres nos mais distintos locais do mundo, deve-se buscar também estratégias de enfrentamento. Não se trata apenas de palavras ou atitudes vazias, despretensiosas, mas sim de marcas que podem ficar impressas na alma dessas mulheres por toda a vida. Se o seu impacto é considerável, também devem ser as penalidades impostas aqueles que praticam a violência obstétrica. Criminalizá-la, a exemplo de outras formas de violência contra a mulher, pode ser uma alternativa na busca por soluções para esse problema.

Ademais, os profissionais de saúde devem atuar no sentido de garantir um atendimento digno, com qualidade e tratamento respeitoso, considerando os direitos conquistados pelas mulheres no campo obstétrico. Do mesmo modo, condições difíceis de trabalho não podem ser aceitas como justificativas para casos de violência obstétrica. O tempo em que a única opção era silenciar e suportar chegou ao final.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: WHO; 2015 [cited 2016 Feb 02]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&a=1
2. Carneiro R. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sex, Salud Soc.* 2015; (20):91-112.
3. Dixon LZ. Obstetrics in a time of violence: mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Q.* 2015; 29(4):437-54.
4. Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica. *Acta méd. costarric.* 2015; 57(3):143-4.
5. Tribunal Supremo de Justicia (Venezuela). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Asamblea Nacional; 2006 [cited 2016 Feb 02]. Available from: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
6. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: FPA; 2010 [citado 2016 fev 03]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>
7. Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga AT. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte Enferm.* 2015; 9(1):18-25.
8. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta

- complexidade em Recife, Pernambuco. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2016; 16(1): 29-37.
9. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
 10. Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Cad Saúde Pública, 2014; (30):S17-S47.
 11. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
 12. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Cad Saúde Pública. 2013; 29(11): 2287-96.
 13. Wilde-Larsson B, Sandin-Bojór AK, Starrin B, Larsson G. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study. J Clin Nurs. 2011; 20(7-8):1168-77.
 14. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. Rev Rene. 2014; 15(4):720-8.
 15. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface (Botucatu). 2011; 15(36):79-92.
 16. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. Rev Min Enferm. 2014; 18(2):505-12.
 17. Frello AT, Carraro TE, Bernardi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. Rev Baiana Enferm. 2011; 25(2):173-84.
 18. Zafar S, Najam Y, Arif Z, Hafeez A. A randomized controlled trial comparing Pentazocine and Chamomilla recutita for labor pain relief. Homeopathy. 2016; 105(1):66-70.
 19. Koyyalamudi V et al. New labour pain treatment options. Curr Pain Headache Rep. 2016; 20(2):11.
 20. García-Jordá D, Díaz-Bernal Z, Álamo MA. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. Ciênc Saúde Coletiva. 2012; 17(7):1893-1902.
 21. Botell ML, Bermúdez MR. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cuba Obstet Ginecol. 2012; 38(1):134-45.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia