

A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características

Danúbia Mariane Barbosa Jardim^{1,2}
Celina Maria Modena¹

Objetivo: analisar a produção científica sobre a violência obstétrica identificando e discutindo suas principais características no cotidiano da assistência ao ciclo gravídico e puerperal. **Método:** revisão integrativa da literatura de 24 publicações indexadas nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, *SciVerse Scopus*, *Web of Science* e nas bibliotecas *Scientific Electronic Library Online* e Biblioteca Virtual em Saúde. **Resultados:** as publicações concentram-se a partir de 2015 com desenhos metodológicos de natureza quantitativa e qualitativa. Na discussão, primeiramente, aborda-se o conceito de violência obstétrica e suas diferentes formas de ocorrência na assistência. Em sequência, são apresentadas as interfaces do fenômeno com reflexões relacionadas à concepção de gênero, aos diferentes atores envolvidos, à institucionalização, à invisibilidade e à banalização do evento. Por fim, são apresentadas as estratégias de enfrentamento perpassando pela formação acadêmica, pela conscientização das mulheres, pelas propostas de mobilização social, pela construção de políticas públicas e leis. **Conclusão:** a violência obstétrica retrata uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública, revelada nos atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder que naturalizam e banalizam sua ocorrência.

Descritores: Violência Contra a Mulher; Mulheres; Obstetrícia; Parto Obstétrico; Exposição à Violência; Revisão.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Como citar este artigo

Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e 3069. [Access

mês	dia	ano

]; Available in:

URL

. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.

Introdução

A assistência ao parto e ao nascimento no Brasil, ao longo de décadas, foi marcada por mudanças significativas ocasionadas pelo processo de institucionalização, que acarretou em intensa medicalização do corpo feminino, promovendo sua desfragmentação, despersonalização e patologização, além de gerar a utilização abusiva de intervenções desnecessárias na mulher e no bebê⁽¹⁻³⁾.

O cuidado intersubjetivo e integral foi substituído, gradualmente, por complexas tecnologias que visam tratar um corpo defeituoso sob uma ótica em que a gestação deixa de ser compreendida como um evento fisiológico da vida, passando a necessitar de controles excessivos e de cura⁽¹⁾.

Nesse contexto assistencial, a mulher torna-se elemento secundário no cenário do nascimento, sujeita ao ambiente controlado, cercado por ordens e protocolos institucionais que a segregam de seu contexto social e cultural, bem como fazem-na desacreditar na sua capacidade fisiológica de parir⁽¹⁻²⁾.

Os profissionais de saúde, vestidos de sua autoridade técnico-científica e respaldados nas relações de poder e desigualdade entre as usuárias/mulheres, usam a autoridade para manter a obediência às regras, rompendo com as interações humanas, o que gera a fragilização dos vínculos entre suas pacientes e a crise de confiança no cuidado que é prestado, acarretando a perda da autonomia da mulher e do livre direito de decidir sobre seu corpo⁽²⁻⁴⁾. Essas relações são estabelecidas pela imposição de uma autoridade unilateral, criando um terreno fértil para a consolidação das diferentes formas de violência exercidas durante a assistência ao trabalho de parto e parto.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo inteiro mulheres são assistidas de maneira violenta, vivenciando situações de maus-tratos, desrespeito, abusos, negligências, violação dos direitos humanos por profissionais de saúde, sendo mais frequentes durante a assistência ao parto e ao nascimento⁽⁵⁾.

Regularmente, nas salas obstétricas, encontram-se mulheres seminuas na presença de estranhos, sozinhas em um cenário desconhecido, em posição de submissão total, pernas abertas e levantadas, genitália exposta, rotineiramente separadas de seus filhos logo após o nascimento⁽⁶⁾.

São frequentes os relatos de violência: negação à presença do acompanhante de escolha; falta de informações às mulheres sobre os diferentes procedimentos executados durante a assistência; realização de cesáreas desnecessárias; privação do direito à alimentação e à deambulação; exames vaginais

rotineiros e repetitivos sem justificativa; uso frequente de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; realização de episiotomia sem consentimento da mulher; manobra de Kristeller; por fim, todos esses eventos podem acarretar danos permanentes de ordem física, mental e emocional^(4,6-9).

Esse cenário atinge, especialmente, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas expostas ao poder institucional e profissional, com características opressoras e dominadoras que excluem a subjetividade feminina como traço essencial para a construção da assistência centrada na mulher e do exercício de sua plena cidadania^(5,10-11).

Outra questão exposta pelos autores que buscam compreender o fenômeno da Violência Obstétrica (VO) firma-se no conceito estereotipado de gênero socialmente difundido, em que a mulher, vista como sexo frágil, necessita ser mantida sob uma autoridade patriarcal (nesse cenário, o médico), que vai decidir o que é melhor para ela, transformando o nascer em um ato centrado no profissional e passível das práticas violentas⁽⁴⁾.

Com base nessas observações, emerge a questão norteadora da pesquisa: Como o fenômeno da VO está caracterizado no cotidiano da assistência ao ciclo gravídico e puerperal?

O estudo justifica-se dada a necessidade emergente de serem conhecidas as características da VO para melhor compreensão de como esse evento ocorre no contexto assistencial e quais suas possíveis repercussões na prática obstétrica atual. Espera-se que, por meio da produção desse conhecimento, diferentes sujeitos – mulheres, profissionais de saúde, gestores, entidades de ensino – que se interessem pela temática possam ser alcançados, na tentativa de que a assistência obstétrica seja construída livre de atos violentos e pautada pelo respeito aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos. Assim, a identificação e a discussão das características que delineiam o fenômeno da VO tornam-se importantes para a proposição e a validação de leis e políticas públicas que apresentem estratégias de enfrentamento e de mudança nos paradigmas assistenciais, que perpetuam os atos violentos no cotidiano obstétrico.

Nesse sentido, objetivou-se analisar a produção científica sobre a VO identificando e discutindo suas principais características no cotidiano da assistência ao ciclo gravídico e puerperal.

Método

A estratégia metodológica utilizada para a construção deste texto foi a Revisão Integrativa de Literatura, que inclui conceitos científicos, provenientes

de pesquisas acadêmicas, na busca da melhor evidência científica a ser aplicada no cotidiano assistencial. Esse método de pesquisa tem por objetivo reunir, sintetizar e analisar o conhecimento científico existente sobre uma temática de interesse do pesquisador, de maneira sistematizada e ordenada, mostrando a evolução do tema ao longo dos anos e contribuindo para o aprofundamento de questões investigadas⁽¹²⁻¹³⁾. Para o alcance desse objetivo, propõe-se a construção da revisão baseada em seis etapas distintas, assim propostas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão⁽¹³⁾.

A busca bibliográfica foi realizada mediante a questão norteadora nas seguintes bibliotecas virtuais: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com acesso à Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP – Brasil); Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos e demais bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Pubmed; SciVerse Scopus; Web of Science.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: publicações de natureza quantitativa e qualitativa, nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período de 2007 a 2017, que pudessem responder à seguinte questão norteadora: Como o fenômeno da VO está caracterizado no cotidiano da assistência no ciclo

gravídico e puerperal? A escolha pelo recorte temporal justifica-se em razão do anseio de analisar as produções que ocorreram após a aprovação da Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, em 2006, na Venezuela, como um marco do repúdio à assistência obstétrica assinalada pela VO. Foram considerados critérios de exclusão os documentos de natureza editorial (cartas, comentários, notas breves) e relatos de experiências.

A estratégia de busca iniciada nas bibliotecas virtuais SciELO e BVS, replicada nas demais bases de dados, combinou os descritores e palavras-chave com os operadores booleanos: "Violência contra a mulher", or "*Violence against women*", or "*Violencia contra la mujer*" (*obstetric violence*, or violência obstétrica) and "Parto obstétrico", or "*Delivery, obstetric*" (*delivery* or *obstetric*). Inicialmente, foram localizadas 861 publicações cujos títulos e resumos foram lidos, bem como avaliados os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, sendo excluídas 801 publicações.

Ao final, foram selecionadas 60 publicações para leitura na íntegra visando garantir maior confiabilidade e validação do material selecionado a ser analisado nesta revisão. Nesse processo de seleção, foram refinados os textos que realmente respondiam à questão de interesse, que possuíam adequação metodológica e com discussão consistente da temática proposta. Após a leitura, as publicações que apresentaram alguma discordância de sua aceitação para compor a amostra final foram novamente analisadas, sendo excluídas ou não. Cessada a etapa de pré-seleção e seleção do material, permaneceram 24 publicações, que contemplam a amostra final que compõe esta revisão (Figura 1).

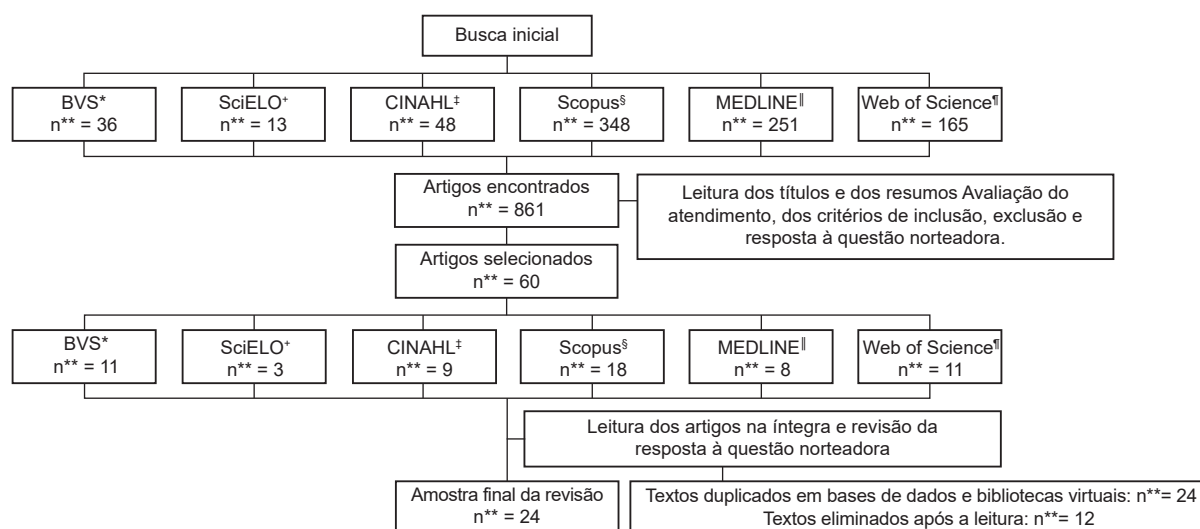


Figura 1 – Identificação, seleção e inclusão das publicações que compuseram a revisão integrativa.

*BVS – Biblioteca Virtual em Saúde; +SciELO – *Scientific Electronic Library Online*; ‡CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*; §Scopus – Base de dados bibliográfica Scopus; || MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; **n – Número.

As publicações também foram analisadas com base na classificação proposta pela *Evidence-based practice* (Prática baseada em evidência), que descreve sete níveis de evidências: nível 1 – evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados, ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 – evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽¹⁴⁾.

Finalizando a trajetória metodológica, as publicações foram analisadas exaustivamente, interpretadas e sintetizadas em um quadro sinóptico, com a descrição das características do título, ano, objetivos, principais resultados, conclusões ou recomendações finais.

Resultados

Analisados os dados das 24 publicações inclusas neste artigo, observou-se que 80% delas foram escritas nos últimos três anos – 2015 (40%); 2016 (28%); e 2017 (12%) –, o que reflete a contemporaneidade do tema VO e a necessidade emergente que esse assunto seja discutido no cenário mundial. No que tange ao

idioma de publicação, 36% foram em inglês, 28% em espanhol e 36% em português.

Houve diversidade em relação ao local de origem dos estudos. Destaca-se que 75% eram de países da América Latina, sendo nove estudos do Brasil, quatro da Argentina, quatro da Venezuela e um do México; 4,2% da Europa (um estudo incluindo seis países – Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega e Suécia); 8,3% da África (um do Quênia e outro da República da África do Sul); e 12,5% da América do Norte (três estudos dos Estados Unidos).

Os autores que compuseram as publicações pertencem a duas diferentes áreas do conhecimento: 75% das Ciências da Saúde (53% médicos, 14% enfermeiros, 8% enfermeiros obstetras) e 25% das Ciências Sociais e Humanas (8% advogados, 17% antropólogos).

Em relação à distribuição dos desenhos dos estudos, 32% são de natureza quantitativa, 32% de natureza qualitativa e 36% foram caracterizados como narrativo-discursivos. Quanto ao nível de evidência, 62,5% das publicações foram classificadas com nível VI (evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo) e 37,5% como nível VII (evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas).

Para melhor identificação das publicações que compõem esta revisão, construiu-se um quadro-síntese com informações pertinentes ao título; ano da publicação; bases de dados e bibliotecas virtuais de referência; classificação quanto ao tipo de estudo; classificação quanto ao nível de evidência; objetivo original da publicação (Figura 2).

N	Título	Ano	Bases de dados/ Bibliotecas Virtuais	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivo do estudo
1	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias ⁽³⁾	2011	BVS* LILACS+	Pesquisa qualitativa/VI	Identificar, nas falas das entrevistadas, a complexa interação entre poder e violência e como essa interação molda-se no cenário da violência institucional cometida em maternidades públicas.
2	Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud ⁽¹⁵⁾	2012	BVS* LILACS+	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Determinar o grau de conhecimento sobre a VO e suas implicações legais aos profissionais de saúde que trabalham na área de obstetrícia em diferentes centros no país.
3	Violencia obstétrica: percepción de las usuarias ⁽¹⁶⁾	2013	Scopus§	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Avaliar a percepção sobre a atenção obstétrica recebida durante o processo de nascimento com relação à VO, em um grupo de usuárias que se encontravam no puerpério.
4	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde ⁽¹⁰⁾	2013	BVS* LILACS+	Pesquisa qualitativa/VI	Apresentar e discutir dados de uma pesquisa realizada com profissionais de saúde sobre a violência institucional em maternidades públicas, analisada à luz das relações entre o poder e a autoridade médica e as relações de gênero.
5	Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade-escola do interior do Estado de São Paulo ⁽¹⁷⁾	2015	BVS* BDENF Enfermagem	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Verificar a prevalência de VO na Maternidade do Hospital Escola Padre Albino, de Catanduva-SP; descrever as características do atendimento obstétrico nesse setor.
6	Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção ⁽¹⁸⁾	2015	BVS* LILACS+	Revisão crítico-narrativa/VII	Introduzir o leitor no debate, de forma a auxiliá-lo na busca sobre aspectos específicos que podem ser abordados como temas de pesquisa e intervenção.

(a Figura 1 continua na próxima página)

N	Título	Ano	Bases de dados/ Bibliotecas Virtuais	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivo do estudo
7	Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices ⁽¹⁹⁾	2015	Scopus§	Pesquisa qualitativa/VI	Examinar as práticas de VO‡ vivenciadas diariamente pelas parteiras que trabalham em hospitais públicos mexicanos.
8	Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente ⁽²⁰⁾	2015	Scopus§	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Determinar a prevalência de VO‡ nas salas de parto do Hospital Geral do Oeste "Dr. José Gregório Hernández", em Caracas, durante o período de junho a outubro 2012.
9	Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries ⁽²¹⁾	2015	Scopus§	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Avaliar a prevalência e o sofrimento causado pelos abusos cometidos nos cuidados em saúde, apresentar os antecedentes sociodemográficos de mulheres com história de abuso nos cuidados de saúde e avaliar a associação entre abuso nos cuidados em saúde e características obstétricas selecionadas.
10	Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica ⁽²²⁾	2015	Scopus§	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Analisar as condutas obstétricas de rotina da sala de hospitalização do Serviço de Obstetrícia do Hospital Central Maracay/ Venezuela, que são tipificadas como atos constitutivos de VO‡, tendo como base os contemplados na Lei Orgânica sobre o direito das mulheres de uma vida livre de violência.
11	"Daí você nasceu minha filha": análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra ⁽⁹⁾	2015	Scopus§	Pesquisa qualitativa/VI	Analisar uma carta ao obstetra que tematiza a violência obstétrica como parte de um estudo que se insere em uma pesquisa mais ampla sobre a representação discursiva da gestação e do parto.
12	The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya ⁽²³⁾	2015	MEDLINE¶	Pesquisa quantitativa descritiva/VI	Apresentar os resultados quantitativos do impacto gerado pelas intervenções do projeto Heshima na redução da prevalência do desrespeito e o abuso durante o parto no Quênia, percebido e observado entre as mulheres que participam nos serviços de saúde pesquisados.
13	Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa ⁽²⁴⁾	2015	Web of Science	Opinião de especialista /VII	Avaliar os cuidados maternos classificados como desrespeitosos, abusivos e violentos que muitas mulheres sul-africanas enfrentam.
14	Violência obstétrica sob o olhar das usuárias ⁽²⁵⁾	2016	BVS* BDENF Enfermagem	Pesquisa Qualitativa/VI	Investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica.
15	Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica ⁽²⁶⁾	2016	SCIELO**	Opinião de especialista /VII	Discutir a definição de VO‡ em relação a certas relações e práticas na assistência médica à gravidez e ao parto.
16	La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica ⁽²⁷⁾	2016	SCIELO**	Opinião de especialista /VII	Analisar as posturas de médicos que trabalham na atenção à saúde de mulheres, que possuíam práticas marcadas pelo modelo intercultural de atenção ao parto e procuram humanizar a assistência como maneira de diminuir a VO‡.
17	Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980) ⁽¹¹⁾	2016	SCIELO**	Opinião de especialista /VII	Analisar os debates e experiências que geraram na Argentina, nas décadas de 1960 e 1970, as novas formas de atenção à gravidez: parto sem dor, parto sem medo, parto psicoprofilático e parto sem violência.
18	Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina ⁽²⁸⁾	2016	Scopus§	Opinião de especialista /VII	Explorar, criticamente, o conceito de VO‡ como um marco legal para identificar as práticas de saúde que constituem abuso e maus-tratos às mulheres.
19	Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence ⁽²⁹⁾	2016	Scopus§	Opinião de especialista /VII	Discutir o contexto da assistência ao parto e ao nascimento fundamentado nas práticas obstétricas intervencionistas que geram os abusos e a VO‡, bem como sua configuração atual.
20	Invisible wounds: obstetric violence in the United States ⁽³⁰⁾	2016	Scopus§	Opinião de especialista /VII	Discutir a VO‡ nos Estados Unidos partindo da análise de casos reais de <i>bullying</i> e coerção para a execução de procedimentos médicos.
21	Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence ⁽³¹⁾	2016	Scopus§	Opinião de especialista /VII	Analisar filosoficamente a VO‡, com foco em como essa violência é vivida e experimentada por mulheres e por que é frequentemente descrita não apenas como violência em geral, mas como violência de gênero.
22	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco ⁽³²⁾	2016	Scopus§	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Analisar os fatores associados à VO‡ de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade-escola e de referência da Cidade do Recife.
23	Percepção das mulheres sobre violência obstétrica ⁽³³⁾	2017	BVS* BDENF Enfermagem	Pesquisa Qualitativa/VI	Caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o processo parturitivo.
24	Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha ⁽³⁴⁾	2017	Scopus§	Pesquisa Quantitativa/VI	Analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.

Figura 2 – Síntese das publicações utilizadas nesta revisão

*BVS – Biblioteca Virtual em Saúde; +LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; †VO – Violência obstétrica; §Scopus – Base de dados bibliográfica Scopus; ||BDENF – Base de Dados Específica da Enfermagem; ¶MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; **SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*

Baseando-se na análise dos artigos, foram identificadas informações similares nos resultados e discussões dos textos. Para melhor compreensão dos dados, foram construídas três categorias analíticas: Conceitos introdutórios ao tema; Contextualização do fenômeno e Estratégias para prevenção e enfrentamento. A síntese desses elementos permitiu a organização das ideias que compuseram a discussão, no intuito de caracterizar a VO no cotidiano assistencial (Figura 3).

Foram identificadas nos artigos avaliados diferentes classificações para o fenômeno da VO no cenário assistencial. Reunidas as informações encontradas no intuito de tipificar, ilustrar as diferentes formas de VO e elucidar aos leitores como esse fenômeno é diversificado, cotidiano e real, elaborou-se a Figura 4.

Analisando-se os dados revelados nos estudos nacionais e internacionais que buscaram quantificar as diferentes formas de VO aqui tipificadas, construiu-se a Figura 5.

Resultados oriundos dos artigos analisados	Estratificação	Artigos
Conceitos introdutórios ao tema	Conceito de VO*	(18,20,28-29)
	Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres à uma Vida Livre de Violência	(11,15-16,24,29-30)
	Tipos de VO*	(3,8,10,16-18,20,22-24,26,28-29,32-34)
	Prevalência dos diferentes tipos de VO*	(16-17,20-22,32,34)
Contextualização do fenômeno	Concepção de gênero e sua relação com a VO*	(3,10-11,18-19,24-25,27-28-31,33)
	Grupos vulneráveis	(3,18-19,32)
	A VO* como violação dos direitos humanos	(3,16,19,23,25-30-31)
	A VO* como problema de saúde pública	(3,16,23,25-30,32)
	Relações de poder nos atos de VO*	(3,10-11,15,26-27,29,32-33)
	Banalização/Naturalização da VO*	(3,10,16,19,23,25-30,32)
	Desconhecimento e/ou não reconhecimento pelas mulheres dos atos VO*	(19,24-25,33-34)
	Questões organizacionais que geram atos violentos (sobrecarga de trabalho, esgotamento físico e mental, escassez de recursos, inadequadas condições de trabalho)	(8,10,25,27,29,33)
Estratégias para prevenção e enfrentamento	Mudanças no modelo assistencial	(15-16,18,20, 28-29)
	Mudanças no processo de formação do profissional	(18,29)
	Acesso a informação/conhecimento	(18,25-26,28-29,33)
	Mobilização social	(18-20,23-25,29,33)
	Legislação e políticas públicas	(11,15-17,19,24,29-30)

Figura 3 – Síntese dos resultados encontrados nos artigos analisados

*VO – Violência obstétrica.

Tipologia	Exemplos
Violência verbal	Falas grosseiras, desrespeitosas, vexatórias, coercitivas, discriminatórias, de cunho moralista, comentários críticos, irônicos e negativos, que expõem as mulheres ao constrangimento, inferiorização, humilhação. A presença de jargões do tipo: "Está chorando por quê? Na hora de fazer, não chorou!"; "Mas nem dói tanto assim!"; "Ah, não chora, não, ano que vem você está aqui de novo"; "Se não fizer força, seu bebê vai sofrer"; "Cala a boca e empurra o bebê"; "Se gritar, eu paro agora o que estou fazendo". Falas acusadoras e discriminatórias às mulheres em situação de abortamento.
Violência física	Realização de toques vaginais repetitivos e agressivos, uso rotineiro de episiotomia; realização de cesarianas desnecessárias; falta de manejo adequado da dor (seja antes, durante e depois do parto); realização de procedimentos sem analgesia adequada (curetagem, retirada manual da placenta, sutura, parto cesariana); utilização de puxos dirigidos; tapas e beliscões nas pernas; contenção física de pernas e braços durante o parto normal ou cesariana; manobra de Kristeller.
Violência psicológica	Ameaças, gritos, discurso autoritário e hostil, intimidações diante do comportamento das pacientes; chantagens feitas pela equipe. Atribuição de culpa à mulher em situações como sofrimento fetal (ou estado fetal não tranquilizador) e dificuldade de realizar puxos no período expulsivo. Atribuição de incapacidade à mulher de parir.
Violência sexual	Realização de toque vaginal sem luvas; manipulação de genitálias de forma grosseira e desrespeitosa, toque no corpo e toque retal na mulher sem o consentimento dela.
Discriminação social	Desrespeito, estigma, preconceito ou tratamento diferencial à mulher diante da sua cor, raça/etnia, condição social, econômica, conjugal, opção sexual, religião, escolaridade. Abuso financeiro por profissionais.
Negligência na assistência	Assistência indiferente, abandono, recusa em promover cuidados às mulheres consideradas "queixosas", "escandalosas", "descompensadas", "pouco colaborativas", "questionadoras". Postergar a assistência a mulheres em situação de abortamento.
Uso inadequado de procedimentos e tecnologias	Procedimentos iatrogênicos, uso abusivo de ocitocina, imobilização no leito durante o trabalho de parto, parto em posição litotômica, realização rotineira de amniotomia, monitorização fetal contínua de rotina, jejum prolongado sem indicação, manejo inadequado da dor sem justificativas, não realização de contato pele a pele e clampeamento precoce de cordão umbilical.

Figura 4 – Tipologia e exemplificação da Violência Obstétrica baseadas na análise dos artigos incluídos na revisão integrativa^(3,8,10,16-18,20,22-24,26,28-29,32,34)

Título	Local do estudo	Participantes	Descrição dos tipos de violência
Estudos Nacionais			
Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha ⁽³⁴⁾	Onze hospitais-maternidades de média e alta complexidade do estado do Ceará.	3765	Das puérperas estudadas, 63,1% não tiveram a presença de profissional que proporcionou conforto físico e emocional; 37,2% não receberam esclarecimento sobre procedimentos; 67,9% sentiram medo; 28,3% receberam ordens para parar de gritar; 24,6% foram apelidadas. Em relação aos procedimentos, 86,7% referiram Manobra de Valsalva; 52,2%, exame de toque por diferentes pessoas; 63,8%, uso de soro e 34,5%, de ocitocina.
Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco ⁽³²⁾	Hospital-escola de alta complexidade para a assistência materno-infantil em Recife, Brasil	603	Das mulheres pesquisadas, 86,57% sofreram algum tipo de VO*, como parto em posição litotômica: 39%; incentivo ao puxo voluntário: 65%; uso de ocitocina: 41%; amniotomia: 31%; clampeamento precoce de cordão: 30%.
Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade-escola do interior do estado de São Paulo ⁽¹⁷⁾	Maternidade do Hospital-Escola Padre Albino, São Paulo, Brasil	172	Das puérperas pesquisadas, 27,9 % sofreram VO*, como conduta despeitosa e repreensão: 2,3%; falha no esclarecimento de dúvidas: 16,3%, proibição do acompanhante: 9,3%, procedimentos sem esclarecimento ou autorização: 27,3% (dos quais 25,5% referem-se à episiotomia, 17% amniotomia, 17% enema, tricotomia, jejum, ocitocina, toques repetidos manobra Kristeller e cesariana sem justificativa: 8,5% em cada procedimento).
Estudos internacionais			
Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente ⁽²⁰⁾	Hospital General del Oeste "Dr José Gregório Hernández em Caracas, Venezuela.	326	Das mulheres submetidas à assistência ao abortamento, parto normal e cesariana que foram estudadas, evidenciou-se que 26,3% haviam sofrido algum tipo de maltrato, atitude desrespeitosa, agressão verbal ou física por profissionais da saúde, os agressores eram médicos em 66,7% dos casos e anestesistas em 33,3%.
Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries ⁽²¹⁾	Serviços de atendimento pré-natal de seis países europeus, Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega e Suécia	6923	Uma em cada cinco gestantes atendidas no pré-natal relatava algum tipo de abuso (20,7%). Entre as nulíparas, o abuso na assistência médica foi associado ao medo em relação ao parto (OD+ 2,25 e IC± 1,23-4,12) na categoria de abusos graves no cuidado em saúde. Entre as múltiparas, foram encontrados resultados na categoria sofrimento severo a partir de abusos no cuidado em saúde com uma significativa associação com o medo em relação ao parto (OD+ 4,04 e IC± 2,08-7,83) e o desejo por cesariana.
Violencia obstétrica: percepción de las usuárias ⁽¹⁶⁾	Serviço de Puerperio da Maternidade "Concepción Palacios" em Caracas, Venezuela.	425	Das puérperas estudadas, 49,4% manifestaram ter sofrido algum tipo de trato desumano em seu atendimento por profissionais da saúde, 66,8% afirmaram ter sofrido atos médicos sem consentimento e 36,7% receberam ambos os tipos de violência. Ressalta-se que no trato desumano 23,8% foram impedidas de terem contato com seus recém-nascidos, 21,6% receberam críticas por lamentar ou chorar durante o trabalho de parto e 19,5% sentiram impossibilitadas de expressar seus medos ou inquietudes; em relação aos procedimentos realizados sem consentimento, 24,9% ficaram obrigatoriamente em decúbito dorsal, 31,3% tiveram uso de ocitócitos, 37,2% foram submetidas a toques vaginais repetitivos.
Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica ⁽²²⁾	Serviço de Obstetrícia do Hospital Central de Maracay, Venezuela.	160	Das pacientes estudadas, 80% tiveram a administração de ocitócitos de rotina (sendo 83,3% dos casos sem a autorização da mulher), 75% foram submetidas à episiotomia de rotina, 86,7% realizaram a autoestimulação dos mamilos por indicação para aumentar a contração uterina e 97,7% passaram pela revisão da cavidade uterina sem indicação.

Figura 5 – Resultados das pesquisas incluídas na revisão, que objetivaram quantificar as diferentes formas de violência obstétrica^(16-17,20-22,32,34)

*VO – Violência obstétrica; +OD – Odds Ratio; ±IC – Intervalo de confiança

Discussão

Inicialmente, para a compreensão da temática VO, são apresentadas a contextualização e a tipificação desse fenômeno nos diferentes cenários da assistência à mulher. A revisão teórica possibilitou a concepção da VO como um fenômeno reconhecido por meio de diferentes tipos de violência que podem ocorrer no contexto da gestação, do parto, do puerpério, bem como nas situações que envolvem o abortamento, o pós-abortamento e a assistência ao ciclo reprodutivo^(18,20,28-29).

A principal fonte para a composição do conceito provém da Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, aprovada em novembro

de 2006, na Venezuela, que se tornou o primeiro país a promulgar uma lei que caracteriza a VO como a apropriação do corpo feminino e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde. Esse fato foi revelado pelo trato desumano, uso abusivo da medicalização e intervenções desnecessárias sobre processos fisiológicos, gerando a perda da autonomia e da liberdade de escolha, o que reflete negativamente na qualidade de vida das mulheres^(11,15-16,24,29-30).

Esse contexto abrange as situações expressas em atos negligentes, abusivos, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos, fundados em relações de poder e autoridade exercidas, principalmente, pelos profissionais de saúde, seja no ambiente hospitalar, seja

em qualquer cenário público ou privado em que possam ser estabelecidos atos sobre o corpo feminino ou sua sexualidade de forma direta ou indireta, anulando as mulheres enquanto sujeitos de direito^(3,10,20,24,28,31-32,34). No Estatuto da Violência contra a Mulher da Argentina, a VO é caracterizada como um trato cruel, desonroso, desumano, humilhante, ameaçador, exercido por profissionais de saúde, causando danos físicos, psicológicos e emocionais à mulher assistida⁽²⁸⁾.

A OMS tipifica as formas de VO e ressalta cinco categorias que operacionalizam as definições legais: 1 – intervenções e medicalização rotineira e desnecessária (sobre a mãe ou o bebê); 2 – abuso, humilhação e agressão verbal ou física; 3 – falta de insumos e instalações inadequadas; 4 – práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mãe, após informações completas, verdadeiras e suficientes; 5 – discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos⁽²⁶⁾. A Figura 4, anteriormente apresentada nos resultados, exemplifica as diferentes formas existentes de VO permitindo um dimensionamento de sua ocorrência na obstetrícia, revelando sua multiplicidade e complexidade. O reconhecimento das facetas desse fenômeno aponta -nos para o desafio diário de atuação no cenário obstétrico permeado por sua existência e naturalizado em ações rotineiramente empregadas.

A OMS considera a VO parte pertencente a uma cultura institucional enraizada, marcada pela banalização, invisibilidade e naturalização do fenômeno no cotidiano assistencial. As características descritas permitem o não reconhecimento da VO como prática de violação dos direitos humanos e grave problema de saúde pública mundial^(3,16,19,23,25-30,32).

Pesquisas nacionais, como a da Fundação Perseu Abramo, apontam que uma em cada quatro mulheres no Brasil sofreu algum tipo de VO durante a assistência ao parto e, das que abortaram, metade também tinha relato semelhante. Dentre as formas de VO citadas, 10% sofreram toque vaginal de forma dolorosa; 10% tiveram negação de métodos de alívio à dor; 9% receberam gritos; 9% xingamentos ou humilhação; 7% não tiveram informações sobre os procedimentos realizados; 23% sofreram violência verbal com frases preconceituosas^(17,32,34).

De acordo com os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”, das mulheres entrevistadas (n=23.894), 36,4% receberam medicação estimulante para o parto; 53,5% tiveram episiotomia; 36,1% receberam manobras mecânicas para acelerar o nascimento; 52% foram submetidas à cesariana sem justificativa; 55,7% foram mantidas restritas ao leito; 74,8% ficaram em jejum e 39,1% foram submetidas à amniotomia⁽¹⁷⁾. Os

achados da pesquisa anterior convergem com outros dados encontrados nesta revisão no que se refere à quantificação das diferentes formas de VO apresentadas na Figura 5 nos resultados deste artigo.

Refletindo sobre a VO, seus sujeitos, atores e possíveis justificativas, observam-se diferentes olhares no cotidiano assistencial, ressaltando discussões fundamentais para o entendimento, apropriação, mobilização social e de categorias em defesa das mulheres vítimas desse evento.

Possíveis explicações para a sua ocorrência são fomentadas pelos autores, que partem de uma análise inicial da existência de um grupo de mulheres mais vulnerável às diferentes formas de VO, caracterizadas como negras ou pertencente às minorias étnicas, adolescentes, pobres, com baixa instrução escolar, usuárias de drogas, mulheres vivendo em situação de rua, mulheres sem acompanhamento de pré-natal e sem acompanhante no momento do atendimento^(3,18-19,32).

Para além do estabelecimento de um grupo mais exposto, os autores remetem a uma profunda relação existente entre a representação da ideologia de gênero e a ocorrência da VO. A imagem da mulher consolidada culturalmente como um ser reprodutor, submisso, com inferioridade física e moral, abre precedente para a dominação, o controle, os abusos e a coação de seus corpos e de sua sexualidade, entrelaçados pelas questões discriminatórias^(3,10-11,18-19,24-25,28-31,33). Nessa concepção de gênero, as mulheres são objetificadas, rotuladas naturalmente como corpos reprodutores. A subjetividade delas é anulada e são destituídas de qualquer direito de escolha^(3,31,33).

A VO é uma questão feminista, fruto de uma opressão patriarcal que leva à redução, à repressão e à objetivação dos corpos femininos, limitando seu poder e suas maneiras de expressão. Ao contrário do pensamento masculino de fragilização, o corpo feminino é forte, ativo, criativo, capaz de suportar situações como o trabalho de parto e parto; por isso necessita de domesticação e controle para reduzi-lo a uma condição de objeto, “desativado”, alienado, silencioso, assim passível de ser violado⁽³¹⁾. A mulher, nesse cenário, é destituída de sua identidade, fragmentada, deixando sua totalidade e passando a ser apenas um útero, em abrigo para o feto, uma máquina de fazer bebês ou apenas a “mãe”^(3,15,19,28).

Os atos violentos são praticados por profissionais de saúde – em sua maioria médicos – pautados pelo seu saber técnico e científico, por relações hierárquicas e desiguais de poder e autoridade, em um modelo biomédico hegemônico e patriarcal que segrega e não reconhece o poder feminino sobre seu corpo, tornando-o passivo e disciplinado^(3,10,15,26,29,32-33).

Ocorre uma ruptura na relação de confiança entre mulheres e profissionais de saúde, gerando fragilização de vínculos existentes, perda da singularidade e subjetividades humanas. Diante da legitimidade simbólica que o “saber-poder” impõe aos médicos, a mulher sujeita-se a concordar com as vontades impostas pelos profissionais, tornando-se dependente, subordinada e refém desse ciclo violento, alimentado pelo medo e insegurança existentes sobre os processos obstétricos^(3,10-11,26).

Outra reflexão importante apontada por alguns autores fundamenta-se no paradoxo entre o exercício da VO por profissionais da saúde do sexo feminino, em alguns momentos identificadas como algozes, mais violentas que seus colegas homens no exercício da obstetrícia. Há uma negatização do fenômeno da feminização da assistência gineco-obstétrica associado ao crescente problema da VO e às questões de gênero. Também é ressaltada a dicotomia existente nesse processo por serem executoras e potencialmente vítimas quando necessitam de assistência em alguma demanda obstétrica⁽²⁷⁾.

O profissional de saúde, por sua vez, tem dificuldade de se identificar como o causador de VO em suas diferentes formas, transvestindo a prática em atos naturais, justificáveis e necessários, que seriam realizados para o “bem” das pacientes e de seus bebês, o que legitima suas ações^(10,26-27,33). Essa forma de agir descaracteriza a violência em seu aspecto ético-moral, criando formas desejáveis de aceitar e qualificar os atos violentos no cuidado às mulheres no contexto obstétrico. A banalização da VO, discretamente naturalizada em condutas tidas como “brincadeiras” e “piadas” por profissionais da saúde é até esperada pelas pacientes, que, socialmente, difundem essa realidade para outras mulheres como algo normal da vida cotidiana⁽¹⁰⁾.

Outra explicação comumente atribuída pelos profissionais na tentativa de “justificar” o cenário violento da assistência obstétrica firma-se em elementos como a sobrecarga de trabalho, os recursos humanos escassos, o esgotamento físico e mental dos profissionais, a precariedade das condições existentes para o atendimento das mulheres, a carência de infraestrutura adequada das instituições. A agregação desses problemas gera ambientes estressantes, desqualificados e passíveis da ocorrência dos diferentes tipos de VO, culminando na falta de comprometimento assistencial dos profissionais de saúde, que também se sentem violentados pelas inadequadas condições de trabalho^(8,10,27,29). Movidos por um sentimento de impunidade e passividade, os profissionais de saúde perpetuam as práticas violentas durante a assistência obstétrica, substituindo a ética

das relações por um cuidado desumano, altamente tecnológico e invasivo⁽¹⁰⁾.

Outro contraponto importante para a permanência dos atos violentos na assistência obstétrica firma-se no desconhecimento da mulher em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Na realidade, as mulheres não conseguem distinguir se sofreram ou não atos violentos porque confiam nos profissionais que conduzem a assistência e, também, pela própria condição de fragilidade física e emocional que os processos obstétricos acarretam. Assim, acabam aceitando procedimentos sem nenhum questionamento, não expressam seus desejos, suas dúvidas e, em silêncio, sofrem sem ao menos terem ciência de que foram violentadas^(19,24-25,33-34). Essa passividade permite a imposição autoritária de normas e valores morais depreciativos por profissionais de saúde que, mais uma vez, julgam saber o que é melhor para as pacientes colocando-as em uma situação de impotência^(25,33).

Algumas estratégias para a prevenção e o enfrentamento da VO são propostas nos textos analisados nesta revisão, sendo discutidas mudanças que abrangem múltiplas dimensões, como a discussão sobre o modelo assistencial obstétrico em vigor no mundo, a conscientização das mulheres e da população geral acerca da temática e de seus direitos e o fomento de pesquisas que trabalhem assuntos voltados para a VO, procurando elucidar questionamentos ainda não respondidos nos estudos existentes^(18,29).

Alguns autores exaltam a importância de profundas mudanças no modelo de formação dos recursos humanos da saúde, quer nos cursos de graduação, quer nos de pós-graduação. Temáticas como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, relações de gênero, código de ética, assistência fisiológica ao trabalho de parto e parto, humanização da assistência em obstetrícia e ensino da prática baseada em evidências devem fazer parte da rotina acadêmica dos futuros profissionais, levando a reflexões sobre o contexto atual e sobre quais mudanças fazem-se necessárias para a construção de uma assistência respeitosa, humana e integral^(18,29).

Outro ponto importante ressaltado pelos autores refere-se aos investimentos necessários para a formação de enfermeiras obstetras e obstetras profissionais que atuam na assistência ao parto fisiológico e repercutem positivamente na redução de procedimentos iatrogênicos, na promoção do parto humanizado e na redução de cesarianas desnecessárias⁽¹⁸⁾.

No que tange às intervenções voltadas para as mulheres, os autores pontuam a necessidade de fornecer informações sobre as questões que envolvem a VO, ter acesso à base de evidências e informações imparciais sobre intervenções obstétricas,

promovendo o fortalecimento da mulher como sujeito de direito e de sua autonomia na assistência que lhes é prestada^(18,25-26,28-29,33).

Deve-se garantir os direitos fundamentais na assistência obstétrica que se sustentem na desmedicalização do nascimento e na prática baseada em evidências, atendendo a questões como a presença do acompanhante, a possibilidade do parto em posição vertical, o cumprimento do plano de parto construído pela mulher, o consentimento livre e esclarecido antes da realização de procedimentos médicos (como episiotomia, a cesariana), o uso comedido e apropriado de tecnologias^(15-16,18-20,28).

Nas ações voltadas para a conscientização da população geral sobre a questão da VO, é fundamental dar visibilidade ao problema com a criação de canais para a denúncia e a responsabilização dos diferentes atores envolvidos – instituições, gestores, profissionais de saúde, Ministério Público, Defensorias Públicas. Destaca-se que, nos últimos anos, iniciativas vinculadas aos movimentos de mulheres, entidades governamentais, não governamentais e sociedade civil têm contribuído para a ampla discussão desse fenômeno e a elaboração de estratégias para a denúncia, enfrentamento e punição dos responsáveis, ressaltando a necessidade de que esses grupos se envolvam nas decisões que devem ser tomadas diante da luta pelo fim das diversas formas de violência^(18-20,23-25,29,33).

A busca é pela criação de leis, portarias e políticas públicas que protejam as mulheres contra a VO, reconheçam-lhes o direito a uma assistência livre de violência e reivindiquem a autonomia sobre seus corpos; é pela luta para que as entidades judiciais considerem a VO um delito com atribuição de penas, que podem variar entre pagamento de multas, procedimentos disciplinares até condenações de prisões mediante a julgamento dos atos cometidos pelos agressores^(11,15-16,19,24,29-30). O enfrentamento da VO firma-se na divulgação de informações para a sociedade civil, mulheres, movimentos sociais, profissionais de saúde, instituições sobre a existência dessas regulamentações e as repercussões legais da prática dos atos de violência no cenário obstétrico^(15,20,23,29,33).

No entanto, não basta apenas punir, é necessário promover ações de prevenção e, em alguns casos, reparar situações já existentes em busca de cuidados obstétricos respeitosos, dignos, que promovam mudanças, bem como o compartilhamento das responsabilidades entre todos os envolvidos no processo – profissionais de saúde e gestores dos serviços^(17,30).

Finalizando a discussão proposta nesta revisão, ressaltamos alguns avanços no conhecimento como o delineamento das formas de VO que possibilita a

identificação de sua ocorrência na atenção obstétrica e revela aos profissionais de saúde o desafio de oferecer às mulheres uma assistência livre de violência. As reflexões propostas buscaram clarificar as principais explicações para a subsistência da VO permitindo a proposição de novos debates sobre questões incipientes como as estratégias para a sensibilização das Instituições, dos profissionais da assistência e de entidades de classe para a temática.

Assim, torna-se necessário avançar na discussão sobre as formas de enfrentamento da VO no âmbito nacional e as possíveis estratégias de implementação dessas ações nos diferentes serviços de obstétrica. A dificuldade na obtenção de dados sobre a ocorrência e as características da VO nos serviços que compõem a rede suplementar inviabilizou um olhar ampliado para a temática que abarque esse cenário e sugere a importância de ampliar os estudos que contemplem as mulheres assistidas nesses serviços.

Conclusão

A síntese dos achados dos estudos permitiu o delineamento das características da VO como um evento manifesto nos atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder e pelo conhecimento técnico-científico que naturalizam e banalizam sua ocorrência no cenário obstétrico. Assim, a VO retrata uma violação dos direitos humanos e constitui um grave problema de saúde pública.

Ressalta-se que a proposição de estratégias de prevenção e enfrentamento do evento perpassa pela formação acadêmica, pela conscientização das mulheres, pela mobilização social, pela criação de leis e políticas públicas, em um desafio conjunto para garantir-lhes uma assistência obstétrica livre de violência e firmada nos direitos sexuais e reprodutivos.

Referências

1. Torres JA, Santos I, Vargens OMC. Constructing a care technology conception in obstetric nursing: a sociopoetic study. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2008 Dec [cited Jun 5, 2017];17(4):656-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/05.pdf>.
2. Sena LM, Tesser CD. Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences. *Interface Comun Saúde Educ*. [Internet]. 2017 Jan [cited Jun 12, 2017];21(60):209-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>.

3. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface Comun Saúde Educ*. [Internet]. 2011 Jan [cited Jun 2, 2017]; 15(36):79-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf><http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>.
4. Bellón Sánchez S. Obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. *Dilemata Int J Appl Ethics*. [Internet]. 2015 May [cited Jun 15, 2017]; 7(18):93-111. Available from: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>.
5. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited Jun 12 2017]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1.
6. Fernández Guillén F. What is obstetric violence? Some social, ethical and legal aspects. *Dilemata Int J Appl Ethics*. [Internet]. 2015 May [cited Jun 15, 2017]; 7(18):113-28. Available from: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>.
7. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2010 Dec [cited Jun 5, 2017]; 111(3):201-2. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2010.09.002/pdf>.
8. Regis JFS, Resende VM. "Then you delivered my daughter": critical discourse analysis of a letter to the obstetrician. *DELTA*. [Internet]. 2015 Jul [cited Jun 15, 2017]; 31(2):573-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/delta/v31n2/1678-460X-delta-31-02-00573.pdf>.
9. Gómez Pérez BA, Oliveira EV, Lago MS. Perceptions of postpartum during labor and delivery: integrative review. *Rev Enferm Contemp*. [Internet]. 2015 Jan [cited Jun 18, 2017]; 4(1):66-77. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472/436>.
10. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2013 Nov [cited Jun 25, 2017]; 29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>.
11. Felitti K. Without pain you will bring forth children: medical power, gender, and politics in new forms of assisted childbirth in Argentina (1960-1980). *Hist Cienc Saude Manguinhos*. [Internet]. 2011 Dec [cited Jun 25, 2017]; 18(suppl.1):113-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/07.pdf>.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2008 Oct [cited Jun 19, 2017]; 17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo). [Internet]. 2010 Mar [cited Jun 02, 2017]; 8(1 Pt 1):102-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>.
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice [Internet]. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011 [cited Jun 15 2017]. Available from: <http://file.zums.ac.ir/ebook/208-Evidence-Based%20Practice%20in%20Nursing%20&%20Healthcare%20-%20A%20Guide%20to%20Best%20Practice,%20Second%20Edition-Be.pdf>.
15. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. [Internet]. 2012 Mar [Acceso 5 jul 2017]; 72(1):4-12. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
16. Terán P, González Blanco M, Ramos D, Castellanos C. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. [Internet]. 2013 [Acceso 27 jun 2017]; 73(3):171-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>.
17. Biscegli TS, Grió JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Obstetrical violence: profile assistance of a state of São Paulo interior maternity school. *Cuid Arte Enferm*. [Internet]. 2015 Jan [cited Jun 10, 2017]; 9(1):18-25. Available from: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>.
18. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev*. [Internet]. 2015 [cited Jun 2, 2017]; 25(3):377-84. Available from: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629>.
19. Zacher Dixon L. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Q*. [Internet]. 2015 Dec [cited Jun 12, 2017]; 29(4):437-54. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/maq.12174/pdf>.
20. Pereira C, Toro J, Domínguez A. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. [Internet]. 2015 Jun [Acceso 15 jun 2017]; 75(2):81-90. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002.

21. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Internet]. 2015 May [cited Jun 8, 2017];94(5):508-17. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/epdf>.
22. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Routine behaviors in birth care that constitute obstetrical violence. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. [Internet]. 2015 Jan [cited Jun 26, 2017];20(68):113-20. Available from: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/19763/19710>.
23. Abuya T, Ndwigwa C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, et al. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. [Internet]. 2015 May [cited Jul 15, 2017];15:224. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0645-6>.
24. Pickles C. Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. *SA Crime Quart*. [Internet]. 2015 Dec [cited Jul 5, 2017];(54):5-16. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746>.
25. Silva RLV, Lucena KDT, Deininger LSC, Martins VS, Monteiro ACC, Moura RMA. Obstetrical violence under the look of users. *Rev Enferm UFPE On Line*. [Internet]. 2016 Dec [cited Jun 8, 2017];10(12):4474-80. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9982/pdf_1791.
26. Castrillo B. Tell me by whom is defined and i'll tell if it is violent: a reflection on obstetric violence. *Sex Salud Soc. (Rio J.)* [Internet]. 2016 Dec [cited Jul 20, 2017];(24):43-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sess/n24/1984-6487-sess-24-00043.pdf>.
27. Pozzio MR. The gynecology obstetrics in México: between "humanized childbirth" and obstetric violence. *Rev Estud Fem*. [Internet]. 2016 Jan [cited Jul 15, 2017];24(1):101-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v24n1/1805-9584-ref-24-01-00101.pdf>
28. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2016 May [cited Jul 5, 2017];24(47):65-73. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.05.001>.
29. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2016 May [cited Sep 09, 2017];24(47):47-55. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.
30. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2016 May [cited Aug 10, 2017];24(47):56-64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808016300040>.
31. Shabot SC. Making loud bodies "feminine": a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Hum Stud*. May [Internet]. 2016 [cited Jul 28, 2017];39(2):231-47. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>.
32. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2016 Jan [cited Jun 18, 2017];16(1):29-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>.
33. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Women's perception on obstetric violence. *Rev Enferm UFPE On Line*. [Internet]. 2017 Jan [cited Jul 5, 2017];11(1):40-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf_2097.
34. Rodrigues FA, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC. Violence obstetric in the parturition process in maternities linked to the Stork Network. *Reprod Clim*. [Internet]. 2017 May [cited Jun 18, 2017];32(2):78-84. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>.


Recebido: 01.10.2017

Aceito: 14.08.2018

Autor correspondente:

Danúbia Mariane Barbosa Jardim

E-mail: danubia.barbosaj@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-9671-5152>

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.