

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

LETÍCIA BECKER VIEIRA

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS MANIFESTAÇÕES NO COTIDIANO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

São Leopoldo

2016

Letícia Becker Vieira

**A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS MANIFESTAÇÕES NO COTIDIANO DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador(a): Profa. Enfa. Ms. Márcia Rejane Strapasson

São Leopoldo

2016

A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS MANIFESTAÇÕES NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA¹

Letícia Becker Vieira²
Márcia Rejane Strapasson³

RESUMO:

A violência contra as mulheres constitui um problema de saúde pública, tem se manifestado em diferentes serviços de saúde como nas maternidades e centros obstétricos. Essa violência, denominada obstétrica compreende uma série de intervenções de saúde sem comprovação de eficácia, tratamento desrespeitoso e negligência no atendimento por parte de profissionais de saúde às mulheres no processo parturitivo. Objetivo: identificar e analisar a produção científica em relação ao tema violência obstétrica. Método: trata-se de uma revisão integrativa da literatura desenvolvida nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio dos descritores “violência” and “parto” tendo como questão norteadora: O que está sendo produzido cientificamente acerca do tema violência obstétrica e como a mesma se manifesta no cotidiano dos serviços de saúde? Os critérios para inclusão foram: artigos originais, revisão e reflexão disponíveis eletronicamente na íntegra e gratuitos sobre o tema proposto. Resultados: foram selecionados 08 artigos que convergiam ao objetivo do trabalho. Os estudos revelam a manifestação da violência obstétrica no cotidiano dos serviços de saúde através de conduta profissional permeada por relações de poder e autoridade, associada com falta de empatia e desconforto emocional nos profissionais da saúde. Fato que gera nas mulheres sentimentos controversos e uma vivência negativa e frustrante do processo parturitivo. Considerações finais: considera-se assim que a violência obstétrica envolve uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto.

Descritores: Enfermagem, Saúde da mulher, Violência contra as Mulheres; Violência Obstétrica, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Violence against women is a public health problem, it has manifested itself in different health services as in maternity and obstetric centers. This violence, called obstetric comprises a series of health interventions without proof of effectiveness, disrespectful treatment and neglect in care by health professionals to women in the birth process. Objective: To identify and analyze the scientific production by obstetric

¹Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica, pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Especializanda do Curso de Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Professora Adjunta do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). lebvieira@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professora do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Vale do Rio do Sinos (Unisinos). marciastra@unisinos.br

violence. Method: This is an integrative review of literature developed in the databases of the Virtual Health Library (VHL) through the descriptors "violence" and "birth" with the following guiding question: What is being produced scientifically on the topic violence obstetric and how it manifests itself in everyday health services? The inclusion criteria were: original articles, review and electronically available in full reflection and free on the theme. Results: 08 articles were selected to converging objective of the work. Studies reveal the manifestation of obstetric violence in everyday health services through professional conduct permeated by relations of power and authority associated with lack of empathy and emotional distress in health professionals. Fact that generates in women mixed feelings and a negative and frustrating experience of the birth process. Final thoughts: it is therefore considered that the obstetric violence involves a violation of the reproductive rights of women during pregnancy, childbirth and postpartum.

Descriptors: nursing, women's health, violence against women; Obstetric Violence, Health Services.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, as mulheres são consideradas como um grupo da população vulnerável devido à exposição de situação de violência apresentando-se em várias facetas, contextos e tipologias (DIAS, DESLANDES, 2006). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis (OMS,2002). A violência contra a mulher, por seu turno, abrange a violência física, sexual e/ou psicológica e, segundo a Convenção de Belém do Pará e Lei Maria da Penha, “[...] inclui qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6; BRASIL, 2006).

A violência é, portanto, a ação de um sujeito que, ao subjugar a outro, seja pela força física, pelo assédio moral ou sexual, obriga-o a fazer algo que por sua livre escolha não o faria. Ação essa de subjugação de quem se julga – por um momento ou indefinidamente – no direito de impor a sua vontade ou desejo a outra pessoa. Constitui um tipo de violência bastante comum e por vezes invisível e naturalizada que ocorre no cenário das instituições de saúde: uma violência consentida de modo inconsciente por mulheres em trabalho de parto e parto. O tipo de violência muitas vezes de ordem física e psicológica, ao ocorrer uma manipulação vaginal desnecessária (realizada em demasia por inúmeras pessoas),

desconfortável (às vezes, dolorosa) e constrangedora (motivo de vergonha e humilhação), além da intrusão da privacidade, de dificultar e tornar desagradável um momento tão especial na vida da mulher, que é o dar à luz (WOFF; WALDOW, 2008).

Neste estudo utiliza-se as terminologias *violência institucional* e *violência obstétrica*. Em nosso país violência institucional é definida no texto legal 11.340 – Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) como “qualquer ato constrangedor, fala inapropriada ou omissão de atendimento realizado por agentes de órgãos públicos prestadores de serviços que deveriam proteger as vítimas dos outros tipos de violência e reparar as consequências por eles causadas”.

Já o termo violência obstétrica não é tipificada em lei como uma violência contra a mulher, enfatiza-se a *imaturidade* do país em lidar com esse tipo de violência. Assim, vale a pena reforçar que países latinos como Venezuela, Argentina e Uruguai já possuem legislação para o tema. A definição de violência obstétrica que tem sido utilizado por estudiosos e militantes em nosso país baseia-se na Lei Venezuelana no qual define como “qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, tanto em público como privado, que direta ou indiretamente leva à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres, e se expressa em tratamento desumano, no abuso da medicalização e na patologização dos processos naturais, levando à perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente a qualidade de vida de mulheres” (VENEZUELA, 2007).

Ainda outros tantos termos estão sendo utilizados no meio acadêmico e pelos movimentos sociais a citar: violência no parto, abuso obstétrico, desrespeito e abuso violência de gênero no parto e aborto, violência institucional de gênero no parto e aborto, assistência desumana/desumanizada, crueldade no parto, violações dos direitos humanos das mulheres no parto, entre outros.

No Brasil, desde os anos 1980, a violência institucional no momento do parto e pós - parto tem sido objeto de denúncia e reflexão, no interior do movimento feminista. De forma que a partir da década de 1990 é que foi introduzido como tema de pesquisa acadêmica e de intervenção política. Porém, a despeito da ampliação do acesso aos serviços de saúde materna, no Sistema Único de Saúde (SUS), e da implementação de políticas de humanização do parto (BRASIL, 2004), abusos cometidos por profissionais de saúde contra gestantes e parturientes têm

comprometido seriamente a saúde das mulheres e seus bebês (HOTIMSKY, AGUIAR, VENTURI JR.; 2012).

Por se tratar de um fenômeno social a violência que atinge especificamente as mulheres, assumindo particularidades em suas manifestações que remetem claramente aos valores tradicionais e relações de poder desiguais entre homens e mulheres em nossa sociedade, tem sido considerado como uma das expressões da violência de gênero. Para a White Ribbon Alliance for Safe Motherhood (2011) pelo fato do parto ser específico às mulheres, as questões de igualdade de gênero e em especial a violência de gênero também se encontram no cerne dos cuidados maternos. Assim, a noção de maternidade segura deve ser expandida para além da prevenção da morbidade ou mortalidade e incluir o respeito dos direitos humanos básicos das mulheres, incluindo respeito pela autonomia, dignidade, sentimentos, opções e preferências das mulheres (HUMAN RIGHTS IN CHILDBIRTH, 2011).

Desta forma, violência obstétrica é uma violência contra as mulheres e é também uma violação de direitos humanos, pois está implicada com questões de autoridade legal e autonomia das mulheres. A mulher grávida ou parturiente tem o direito de decidir tudo o que acontece com o seu corpo e com o seu bebê é durante o período perinatal. Ela tem o direito de ser respeitada como a pessoa mais interessada no bem-estar do seu filho e como a pessoa com autoridade para tomar decisões em seu nome. Estes são os direitos humanos fundamentais da mulher em trabalho de parto (puérpera). Contudo, estes direitos são tão comumente violados, que a maior parte das mulheres não tem sequer consciência de que os tem (HUMAN RIGHTS IN CHILDBIRTH, 2011).

Os indícios de serem os maus tratos uma experiência comum em diversos países do mundo e, em particular, em países em desenvolvimento, levaram estudiosos a concluir que a violência cometida por profissionais em maternidades afeta o acesso e a qualidade de serviços, repercutindo sobre sua efetividade e a adesão das pacientes. Os fatores responsáveis por esse fenômeno incluem o processo de socialização de profissionais de saúde – seja durante a formação e treinamento profissional, seja no exercício de suas atividades nos serviços de atenção ao parto; a organização dos serviços; e, o acirramento da violência estrutural e de outras manifestações de brutalidade em nossa sociedade (D'OLIVEIRA, DINIZ, SCHRAIBER; 2002).

Dados de pesquisa nacional efetuada em agosto de 2010 por meio da Fundação Perseu Abramo sugerem que a violência institucional é um fenômeno frequente em serviços de atenção ao parto. Trata-se de um estudo pioneiro pela sua abrangência nacional. Pela primeira vez têm-se indicadores da magnitude deste problema de saúde pública assim como de algumas de suas manifestações mais frequentes. Essa pesquisa de opinião gerou grande repercussão nacional, pois 25% das brasileiras relataram ter sofrido algum tipo de abuso ou maus-tratos durante a assistência ao parto. (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010).

Nesse sentido, melhorar a qualidade da atenção ao parto e nascimento é um desafio complexo, que deve contar com a colaboração multissetorial de vários agentes: profissionais de saúde, mulheres, movimento social, gestores e o controle social. E neste cenário, a Humanização é um termo estratégico, e menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional (BRASIL, 2004; DINIZ, 2005).

No Brasil, as discussões sobre violência no parto e nascimento ainda são incipientes e é preciso criar ferramentas e estratégias para torná-la visibilizada, conhecida e discutida de forma que as mulheres possam relatar tais situações. De tal forma que essa vivência compartilhada permitirá subsídios para composição de estratégias de enfrentamento da violência e consecutivamente impedir que outras mulheres continuem a ser sistematicamente desrespeitadas (AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011).

Neste sentido, questiona-se qual tem sido a produção de conhecimento acerca do tema violência obstétrica? Essa produção revela sua manifestação no cotidiano dos serviços de saúde?

O objetivo deste estudo é identificar e analisar a produção científica em relação ao tema violência obstétrica.

2 MÉTODO

Para a realização deste estudo optou-se pela revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um método de pesquisa que objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema possibilitando a síntese de vários estudos já publicados. Permite assim a construção

de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados por pesquisas anteriores (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Este estudo ocorreu em seis etapas, inicialmente, a construção da temática se deu a partir do interesse e da área de atuação da pesquisadora buscando subsidiar um raciocínio teórico e incluir definições aprendidas por pesquisas já realizadas na área da saúde da mulher e tema violência contra as mulheres (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para guiar a presente revisão, formulou-se a seguinte questão norteadora: O que está sendo produzido cientificamente acerca do tema violência obstétrica? Os critérios para inclusão das publicações neste estudo foram: artigos de original de pesquisa, revisão e reflexão disponíveis eletronicamente na íntegra e gratuitos sobre o tema proposto. Excluíram-se deste estudo editoriais, cartas, comentários, ensaios e notas prévias, bem como as publicações duplicadas em mais de uma base de dados e manuais. Não houve delimitação de recorte temporal, haja vista que se optou em analisar a produção ao longo dos anos.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas após leitura dos artigos, por meio das seguintes etapas: 1) identificação da hipótese ou questão norteadora – elaboração de uma problemática pelo pesquisador de maneira clara e objetiva, seguida da busca pelos descritores; 2) seleção da amostragem – determinação dos critérios de inclusão ou exclusão, momento de estabelecer a transparência para que proporcione profundidade, qualidade e confiabilidade na seleção; 3) categorização dos estudos – definição quanto à extração das informações dos artigos revisados com o objetivo de sumarizar e organizar tais informações; 4) avaliação dos estudos – análise crítica dos dados extraídos; 5) discussão e interpretação dos resultados – comparação e fundamentação dos principais resultados com o conhecimento teórico e avaliação quanto sua aplicabilidade; 6) apresentação de revisão integrativa e síntese do conhecimento – informações de cada artigo revisado de maneira sucinta e sistematizadas demonstrando as evidências encontradas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A coleta de dados foi desenvolvida no mês de março de 2016. Os dados extraídos foram organizados em planilhas em ordem numérica crescente, no programa Microsoft Excel 2007, de acordo com: ano de publicação, título, autores, periódico, tipo/abordagem do estudo, país em que ocorreu a investigação, principais aspectos ou resultados e termo utilizado para denominar a violência. Quanto aos

aspectos éticos, foram respeitados os direitos autorais e o conteúdo, não havendo modificação destes em benefício da revisão.

3 RESULTADOS

A fim de responder a questão de pesquisa procedeu-se a consulta as bases de dados constantes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para tanto, utilizou-se as palavras chave “violência” and “parto”. Vale destacar que demais estratégias de busca foram realizadas e a em tela foi a que permitiu alcançar uma maior amplitude de publicações científicas. Ressalta-se também, que não adotou-se recorte temporal como critério de inclusão/exclusão uma vez que busca-se analisar as produções ao longo dos anos e criação de políticas e legislação sobre o tema. Desta forma apresenta-se no Quadro 1 o resumo dos artigos encontrados por bases de dados.

Quadro 1 – Quantitativo (n) dos artigos encontrados (E) e selecionados (S) após revisão integrativa por base de dados. Porto Alegre, RS, 2016.

Base de dados	Palavras chave: <i>“violência” and “parto”</i>	
	Encontrados (E)	Selecionados(S)*
LILACS	28	08
BDENF	05	02
MEDLINE	10	01
Total encontrados: 28		
Total selecionados: 08 artigos		

Fonte: Autora, 2016.

Salienta-se que dos 08 artigos selecionados três encontravam-se em duas ou três bibliotecas eletrônicas. Identificou-se 28 artigos que, após leitura na íntegra e submissão aos critérios de inclusão e de exclusão, resultaram em 08. A bases de dados LILACS revelou o maior número de produções encontradas (Figura 1).

Figura 1 – Diagrama do resultado da aplicação dos filtros de busca, limites e critérios para inclusão dos artigos.



Fonte: Autora, 2016.

Quanto ao ano de publicação, observa-se que em 2004 e 2013 foram publicados 02 artigos em cada ano, e um artigo nos seguintes anos 2008, 2011, 2012 e 2014.

Quanto à procedência dos estudos verificou-se que 06 das produções são do Brasil, 01 da Espanha e 01 da Venezuela. Quanto à variável abordagem do estudo, 75% (06) das produções são qualitativas, 01 estudo quantitativo e 01 de reflexão. Dos artigos oriundos de pesquisa, observou-se que 04 possuem como participante do estudo mulheres (parturientes e/ou puérperas) e 03 estudos tem como foco os profissionais de saúde da área obstétrica. Sendo que 06 dos artigos tiveram como cenário o ambiente hospital (Centro Obstétrico e Maternidade).

No que diz respeito a denominação/conceituação da violência 03 artigos adotaram o termo violência institucional, 02 utilizaram a denominação de violência obstétrica e nos demais variou com termos como: violência simbólica na atenção ao parto, violência de gênero na área da saúde – violência consentida e violência velada (Quadro 2).

Quadro 2 – Publicações acerca da violência obstétrica, segundo autores, ano, título, país, tipo de estudo, participantes, país, principais resultados e termo utilizado, 2004-2014.

	Autores/Ano	Título	Tipo de estudo	Participante	País	Principais aspectos/Resultados	Termo utilizado
A 1	CASAL-MOROS N., ALEMANY-ANCHEL M.J. (2014)	Violencia simbólica en la atención al parto un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu	Reflexão	-	Espanha	As mulheres depositam confiança nos profissionais da medicina sem questionar as decisões que estes tomam por elas. Se trata de um modelo hierarquizado em que o poder e a autoridade recaem sobre os médicos, deixando em segundo plano a capacidade de decisão das gestantes. A atuação médica que não emprega a violência com força física mas sim com violência simbólica.	Violência simbólica na atenção ao parto
A 2	WOLFF L.R., WALDOW V.R. (2008)	Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto	Qualitativo	Parturientes	Brasil	Várias das circunstâncias a que a mulher está sujeita no processo de parturição se caracterizam por ações de não cuidado e/ou como desumanização e violência. É uma violência consentida por parte das mulheres que se submetem, porque principalmente temem pelo bebê, pelo atendimento, pela condição de desigualdade (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica; a paciente não paga).	Tipo especial de violência de Gênero na área da saúde: violência consentida
A 3	AGUIAR J.M, D'OLIVEIRA A.F.P.L, SCHRAIBE R L.B. (2013)	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde	Qualitativo	Profissionais de saúde	Brasil	Reconhecimento dos profissionais de práticas discriminatórias e desrespeitosas no cotidiano da assistência a mulheres gestantes, parturientes e puérperas. Essas práticas não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas, mas sim como um exercício de autoridade em um contexto considerado "difícil". Tal contexto revela a banalização da violência institucional que travestida de boa prática, porque seria para o bem da paciente, acaba invisibilizada no cotidiano da assistência.	Violência institucional
A 4	Salgado H.O, Niy D.Y, , Diniz C.S.G. (2013)	Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada	Qualitativo	Mulheres	Brasil	A maioria relata ter sofrido algum tipo de violência. Muitas lamentaram estar sob efeito de medicação para sedação no primeiro contato com o recém-nascido. Mulheres que referem suas cesáreas como indesejadas tiveram suas frustrações com as experiências do parto amplificadas pelas condições do primeiro	Violência obstétrica

						contato com seu recém-nascido, condições estas prejudicadas pelas rotinas de assistência nos pós-parto imediato.	
A 5	Faneite J., Feo A., Merlo J.T. (2012)	Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud	Quantitativo	Profissionais da saúde	Venezuela	O termo violência obstétrica é conhecido pelos profissionais da saúde, os atos constitutivos da violência não estão claros, bem como os mecanismos de denúncia e as instituições encarregadas por prestar ajuda as mulheres.	Violência obstétrica
A 6	Pereira W.R. (2004)	Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde	Qualitativo	Mulheres em situação de gestação, parto e puerpério	Brasil	Nas relações que se estabelecem entre pacientes e equipe médica, estão presentes elementos simbólicos que contribuem sobremodo para a invisibilidade desta modalidade de violência muito presente nas práticas de saúde. A demanda por determinadas tecnologias médicas nos períodos de gestação, parto e puerpério é construída pelos médicos que as utilizam para manter o poder simbólico e também para recriar a própria mística, de serem os únicos a dar conta de todos os aspectos da vida e do adoecer.	Violência institucional/simbólica
A 7	Aguiar J.M, D'Oliveira A.F.P.L. (2011)	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias	Qualitativo	Puérperas	Brasil	Reconhecem práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas, reagindo com estratégias de resistência ou de acomodação. Essas experiências ocorrem com tal frequência que muitas parturientes já esperam sofrer algum tipo de maltrato, o que revela uma banalização da violência institucional.	Violência institucional
A 8	Figueirêdo N.M.A. Tyrrell M.A.R.T., V. Carvalho, Leite J.L. (2004)	Indicadores de cuidados para o corpo que procria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica	Qualitativo	Profissionais de saúde e ensino de Enfermagem		A prática assistencial/de cuidado tem provocado uma angústia entre as mulheres, para quem o parto é simbolizado como um evento de riscos e dor física. Além do temor inerente ao parto, a mulher sente medo de quem a atenderá uma vez que suas experiências próprias ou de outras mulheres de seu convívio estão repletas de atendimento impessoal e distante, por parte dos profissionais	Violência velada

Para a avaliação dos artigos, levaram-se em consideração suas semelhanças, tendo como intenção organizar e sumarizar as informações de maneira concisa, analisar questões que podem ser utilizadas na avaliação crítica dos Estudos selecionados, como: questão de pesquisa, a base para a questão da pesquisa, estruturação e relevância da questão de pesquisa, metodologia do estudo e a adequação dos sujeitos à questão da pesquisa (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4 DISCUSSÃO

Com base nos materiais revisados, foi possível apontar questões importantes a serem analisados acerca do tema violência obstétrica e suas manifestações nos serviços de saúde. A discussão dos resultados divide-se em dois grandes eixos oriundos da categorização dos estudos prevista nos pressupostos metodológicos da Revisão Integrativa de Literatura (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008): *A voz das mulheres sobre a violência por elas vivida/sentida* e *As práticas em saúde: poder, autoridade e a violência velada*.

A voz das mulheres sobre a violência por elas vivida/sentida

Ao longo da história, as mulheres são conhecidas como as mais prováveis vítimas de violência (WOFF; WALDOW, 2008). A violência apresenta várias faces e, particularmente neste trabalho, tem-se um tipo de violência bastante comum, que ocorre no cenário das instituições de saúde, a violência vivida por mulheres no processo parturitivo.

No que se refere a violência obstétrica na perspectiva das mulheres em processo parturitivo, quatro dos oito artigos podem ser enquadrados nesta discussão (A2, A4, A6 e A7). Nestes são tratados alguns aspectos que fundamentam a questão de gênero, poder e violência; os sentimentos vivenciados pelas mulheres, assim como são feitas algumas considerações sobre o 'bom x mau' cuidado/atendimento no momento do trabalho de parto e parto, e, a dualidade na assistência as mulheres em processo parturitivo nas instituições públicas e privadas resultando em violência nestes espaços.

A gestação, parto e puerpério constituem experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo, enriquecedora para todos os que dela participam. Os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e nela desempenham importante papel, colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê; ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável (BRASIL, 2001).

De modo que é fundamental que o acompanhamento de trabalho de parto e parto seja um momento de confiança e segurança entre profissional e cliente. Necessário se faz também um cuidado com orientações a cada procedimento, valorizando a participação ativa das parturientes e respeitando o momento de dor (WOFF, WALDOW, 2008).

No entanto, os estudos (A2, A6, A7) revelam os sentimentos descritos pelas mulheres no momento do trabalho de parto e parto como: frustração, fraqueza, submissão e impotência diante do profissional e da instituição. Na mesma direção apontam que não ter o direito de escolha na hora do parto (de escolha de posição, de acompanhante, de via de parto) não implica aceitar passivamente o tratamento que lhes é oferecido. Pode haver raiva, revolta, mágoa, irritação, que nem sempre se manifestam explicitamente para aquele que os provocou. Há um descontentamento latente que permeia as mulheres, mas é uma revolta quase muda, que existe e se manifesta muito mais frequentemente com outra pessoa *igual* e que se disponha a ouvir, podendo ser a companheira de quarto ou mesmo alguém da equipe de enfermagem.

Ainda os estudos descrevem que de forma geral, as mulheres percebem a diferença entre comportamentos de cuidado e de não-cuidado e elementos de bom e mau atendimento (A2, A6, A7). Nem sempre, todavia, têm oportunidade de reconhecê-los no momento em que ocorrem, ou de verbalizá-los. Em geral, as situações negativas de não-cuidado e de ameaça são lembradas porque a dor, o medo, a insegurança com sua própria condição se tornam o ponto central. Situações negativas, por vezes, tornam-se traumáticas para as pacientes, influenciando na sua percepção no que se refere à hospitalização, aos profissionais de saúde e ao cuidado, dentre outros aspectos.

Dessa forma, as mulheres expressam seus medos com relação ao parto, suas insatisfações quanto à forma de nascimento e suas dificuldades nos cuidados

consigo, com o recém-nascido, com a amamentação, com o retorno ao trabalho e à vida sexual, entre outros assuntos relacionados à maternidade (A2, A4, A6 e A7).

A noção de parto e maternidade proposta por Gutman (2010) entende que são poucas as mulheres que conseguem se ver refletidas no parto que acabam de atravessar. Os partos não são bons nem ruins, mas a vivência de cada mãe é fundamental para a compreensão posterior de suas dificuldades no início do vínculo com o seu filho. Assim, a autora faz uma crítica atualizada a respeito das rotinas e dos serviços, que estão muito pouco atentos ao “preço emocional” que essas mulheres estão “pagando” pela experiência de parto pela qual vêm passando.

Nas instituições estas mulheres experimentam sentimentos distintos e, por vezes, até contraditórios, a citar: a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer; o desejo de cuidar do filho, mas também o de ser cuidada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro para se ter um filho, e a desconfiança de que se é maltratada impunemente nas maternidades públicas. Para as parturientes, a assistência nas maternidades é definida como boa ou ruim em relação às ações de suporte (essas consideradas como aquelas voltadas para a alimentação, higiene e outros cuidados pessoais da paciente e do bebê), mais frequentemente, à comunicação e à presença ou não de um profissional a maior parte do tempo (A7). Sendo que, o relacionamento interpessoal solidário é apontado como um dos fatores mais significativos para as pacientes e seus familiares.

A presença de modos de ser com o paciente que são negativos, ou seja, essas atitudes configuram o não-cuidado à cliente, quando o profissional de saúde mostra-se indiferente e insensível a ela. Não existe envolvimento dele no modo de cuidar, mostrando uma desatenção em relação a ela, levando-a a sentir-se desvalorizada como pessoa (A2).

Salienta-se que o ponto básico e central na humanização da assistência é o relacionamento entre as pessoas e a comunicação, baseados no respeito das próprias individualidades, expressando-se através de gestos de amor, do ouvir o dito e o não-dito, do observar, tomando como veículo técnicas específicas que só serão humanizadoras se houver envolvimento do profissional com o cliente. E nesse sentido, é preciso existir um clima de respeito, confiança e afeto entre os membros da equipe (OLIVEIRA, ZAMPIERI, BRÜGGEMANN, 2001).

Nessa direção, as mulheres ressaltam a importância de uma boa relação com o profissional, fundada: no respeito à sua privacidade, na atenção às suas queixas,

em uma comunicação que preze pelo entendimento mútuo, e no uso de tecnologias que elas entendem como necessárias e bem realizadas (A2, A6 e A7).

Já, a percepção das mulheres sobre o *mau* atendimento engloba a falta de manejo da dor, seja na cesárea ou parto normal (antes, durante e depois do parto); pela ocorrência de complicações, mesmo após a alta médica, que ameacem a integridade física tanto da mulher quanto do bebê; pela exposição desnecessária da intimidade da paciente (em especial os toques vaginais); por dificuldades na comunicação. Além da realização de algum procedimento ou exame sem consentimento ou desrespeitosamente; negligência com aspectos emocionais e relacionais do cuidado no pós-parto; abandono de puérperas no pós-parto imediato (durante a recuperação anestésica); a ocorrência de procedimentos inseguros e realizado por conveniência institucional que incluem o amarrar das mãos da parturiente durante a cirurgia impedindo o acolhimento ao seu filho; pela discriminação por condição social ou cor; e, sobretudo, por tratamento grosseiro marcado pela impaciência ou indiferença dos profissionais, e por falas de cunho moralista e desrespeitoso (A2, A4, A6 e A7).

Todos estes eventos caracterizam claramente, as diversas faces da violência a que as mulheres são submetidas em seu processo parturitivo.

No contexto da assistência em maternidades, a paciente é duplamente objetificada: seu corpo é tomado como objeto de controle e domínio da medicina e como meio para se chegar a um fim – o bebê. Essa objetificação traz em si aspectos ligados a uma ideologia de gênero, de dominação do corpo feminino como objeto da medicina enquanto “corpo reprodutor” (A7).

A permanência histórica de uma ideologia de gênero naturalizadora da inferioridade física e moral da mulher e de sua condição de reprodutora como determinante do seu papel social, permitindo que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da medicina encaminha para uma relação hierárquica, na qual, a paciente é tratada como um objeto de intervenção profissional, e não um sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece (VIEIRA, 2002).

A abordagem de gênero adotada nos estudos (A2, A6 e A7) permitiu também compreender por que razão procedimentos tecnicamente inadequados e potencialmente danosos (como o abuso de indicações de cesárea, separação mãe-recém-nascido na primeira hora, toque vaginais frequentes) são aceitos tão passivamente. O que se observa é que, apesar dos esforços em torno da

humanização da assistência, persiste uma assistência onde prevalece o poder do profissional médico sobre a mulher.

Assim, calar-se, submeter-se a outrem, faz parte do campo relacional e simbólico no qual acontece o encontro entre médicos e mulheres/pacientes, seja submissão no sentido de aceitar um tratamento sobre o qual raramente têm alguma informação, seja no sentido de não ter autoconfiança em confrontar seu conhecimento com o saber reconhecido como legítimo na área da saúde (PEREIRA, 2000).

Outro ponto discutido em três estudos (A2, A6 e A7) diz respeito a um flagrante na diferença nas atitudes e frequência das manipulações no corpo das mulheres se elas estiverem internadas em um serviço público ou em um privado, se elas forem pagantes ou não. Denotando que mais importante que a situação de saúde é a situação econômica da mulher. Tratar da saúde de 'quem precisa e não pode pagar' configura-se em um gesto generoso que deve ser acolhido sem questionamentos, tampouco necessita de explicações ou esclarecimentos.

Desta maneira, torna-se fundamental o enfrentamento da discriminação e do preconceito de gênero na assistência em maternidades públicas, no sentido do respeito aos Direitos Humanos, e, no âmbito destes, aos Direitos Sexuais e Reprodutivos das pacientes com foco no empoderamento e autonomia das mulheres. Para tanto, faz-se importante a desconstrução de uma cultura institucional que banaliza e invisibiliza a violência obstétrica.

Além disso, ressalta-se a importância da qualidade ética das interações em uma perspectiva ampla de cuidado, em que tanto as intervenções técnicas como as ações de suporte sejam orientadas para o acolhimento, valorizando a mulher como sujeito na relação profissional/paciente (A7).

As práticas em saúde: poder, autoridade e a violência velada

Nesta categoria, quatro artigos (A1, A3, A5 e A8) analisam as práticas em saúde e a violência velada na perspectiva dos profissionais de saúde. De modo que a violência obstétrica se manifesta na abordagem profissional por meio de condutas violentas como o uso de jargões pejorativos, ameaças e reprimendas contra as pacientes no cotidiano da assistência em maternidades e negligência no manejo da dor, consideradas, comuns e até consensuais entre os profissionais. Revelando

assim, o exercício da autoridade e poder sobre as mulheres no seu processo parturitivo.

A violência institucional em maternidades públicas tem sido apontada como resultado da própria precariedade do sistema de saúde e entendida como ligada à falta de investimentos no setor (MENEZES et al., 2006). De forma que a sobrecarga de demandas, as condições estruturais e a precariedade de recursos materiais e humanos foram apontadas por profissionais como dificuldades enfrentadas cotidianamente. As consequências dessas dificuldades vão desde a falta de anestesistas de plantão para realização de analgesias de parto até a proibição de acompanhantes homens na sala de pré-parto, sob a alegação de falta de espaço físico que garanta a privacidade para as demais pacientes (A3).

Outra explicação de sua ocorrência inclui a conduta pessoal de desrespeito dos profissionais às pacientes (MCCALLUM, REIS, 2006). Essa violência se manifesta através de símbolos, gestos, atitudes, posturas corporais cujo significado é compreendido e interpretado pela própria cultura e transmitido de geração a geração mediante a educação, neste caso o modelo biomédico (A1).

Atualmente dispomos de um modelo sanitário majoritariamente do tipo biomédico, hierarquizado, em que o paciente é considerado “um sujeito passivo”, negando-o alguns direitos fundamentais como o direito de receber informação (relativa aos seu estado de saúde, alternativas de tratamento, etc.) ou a capacidade de opinar e/ou tomar decisões sobre sua própria saúde. O mais habitual é que o médico decida sozinho, sem levar em consideração o mais importante, alcançar o bem estar do paciente em todas as suas dimensões (biológica, psicológica e social) que envolvem o ser humano. A assistência em saúde, entendida nesta visão biotecnológica e, socialmente legitimada, considera unicamente a dimensão patológica da enfermidade, na qual o sujeito adquire a condição de enfermo-objeto e o saber biomédico como único na condução das decisões nas ações do profissional (A1).

No intuito de compreender as matizes deste fenômeno autores se apoiam em referências teóricas. Casal-Moros & Anchel (A1) apoiam-se na definição de violência simbólica de Pierre Bourdieu (1999) para análise da violência obstétrica. Para os autores em tela, com base neste referencial os profissionais de saúde são considerados o “agente dominante” que exercem o “poder simbólico”, e as gestantes o “agente dominado”, que, na sua maioria, aceitam a sua condição de submissão.

Nesta perspectiva teórica, o “capital simbólico” configura-se na obediência e respeito da mulher para com o médico que irá garantir a sua saúde e do bebê (A1).

Já para os autores Aguiar, d’Oliveira e Schraiber (A3) a violência institucional em maternidades públicas, analisada à luz das relações entre o poder e a autoridade médicos e as relações de gênero, apoiada no referencial teórico de Arendt (2009) e Foucault (1995), permite compreender os mecanismos pelos quais o poder é exercido nessas instituições e o que torna possível o exercício de uma assistência violenta em um contexto em que se espera o cuidado à mulher e ao bebê. Assim, é no campo das relações entre profissionais e pacientes que encontramos as situações de violência mais difíceis de serem percebidas como tal pelos sujeitos envolvidos, ainda que impliquem de forma bastante clara a anulação da autonomia e a discriminação por diferença de classe, raça ou gênero (A3).

O cuidado ao corpo da mulher em trabalho de parto revela a invasão e a violência velada, manifestando cotidianamente nos serviços de saúde através de práticas e ações como: falas grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias para com as pacientes e em desatenção quanto às suas necessidades de analgesia e uso apropriado de tecnologia, podendo ser expressadas também por agressões físicas ou sexuais explícitas, praticar o parto por via cesárea, existindo condições para o parto natural sem obter consentimento informado da mulher (A3, A5, A8).

A violência obstétrica está associada principalmente aos aspectos morais, que transpassam nos aspectos técnicos. As diversas intervenções hospitalares já citadas e o afastamento da família, as vestimentas de Centro Obstétrico, entre outros; são procedimentos que visam trazer a ilusória sensação de controle sobre os fenômenos da natureza, colocando em destaque profissionais que detêm o poder da técnica e da informação (JONES, 2012)

Assim, no cotidiano da prática dos profissionais da saúde entrevistados houve amplo reconhecimento de maus-tratos e desrespeitos, que em alguns momentos são percebidos e nomeados como violência e, em outros, como condutas necessárias ao trabalho; como parte do exercício da autoridade profissional. Dessa forma, gritar com a paciente pode ser considerado um desrespeito, um tratamento grosseiro, mas se a paciente é vista pelo profissional como “descontrolada” e precisa ser “chamada à razão”, para a maioria dos entrevistados (A3). Já na investigação de Faneite, Feo e Merlo (A5) os atos constitutivos da violência obstétrica não são claramente conhecidos pelos profissionais da saúde.

As mulheres são vítimas pela violência que a atenção à saúde produz em seus corpos. No caso específico da saúde, a violência é velada em nome de uma técnica, em nome de um tratamento, como se a mulher estivesse doente. É também neste espaço, a sala de pré-parto que as diferenças hierárquicas se aguçam, pois os profissionais de saúde no caso particular da enfermagem, detém o poder sobre o corpo da mulher em trabalho de parto, indicando o que fazer ou até mesmo invadindo-o sem a sua permissão (A8).

Desse modo, os estudos (A3, A5, A8) revelam os tênues limites entre poder, autoridade médica e violência nas ações, tidas como necessárias na prática em saúde, além da banalização do sofrimento da paciente e um uso corriqueiro deste recurso violento – a ameaça – percebido como legítimo ao exercício da autoridade. Essas ações são forjadas por relações de gênero que sistematicamente (e historicamente) obstruem a comunicação e ação livres, interditam a sexualidade e desrespeitam os direitos das mulheres (A3).

A fim de propor mudanças nesta situação atual de assistência em saúde as mulheres no seu processo parturitivo há diversas iniciativas relacionadas à humanização do parto (BRASIL, 2001). Congregando mulheres e alguns profissionais, as iniciativas governamentais e da sociedade civil em direção à construção de casas de parto, da atuação de parteiras e doulas, e do parto domiciliar são ao mesmo tempo uma forte crítica à medicina e um convite à possibilidade da reinvenção social do cuidado às gestantes e puérperas.

A proposta apoia-se no uso mais comedido e apropriado de tecnologias e melhor qualidade ética na relação entre profissionais da saúde e mulheres. Busca-se, assim, restaurar a autonomia das mulheres, o controle sobre seu corpo e seus processos, e a qualidade ética e técnica nas relações estabelecidas entre gestantes e profissionais (A3).

Entende-se assim, que é necessário promover uma relação de diálogo que permita superar a desigualdade entre gestante e profissional de saúde, de modo que envolva a mulher de maneira ativa em seu processo parturitivo e tomada de decisões sobre seu próprio corpo (A1).

5 CONCLUSÃO

Os estudos revelam a manifestação da violência obstétrica no cotidiano dos serviços de saúde através de conduta profissional permeada por relações de poder e autoridade, associada com falta de empatia e desconforto emocional dos médicos. Fato que gera nas mulheres sentimentos controversos e uma vivência negativa e frustrante do processo parturitivo. Considera-se assim que a violência obstétrica envolve uma violação dos direitos reprodutivos das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto.

Vale destacar que os profissionais e serviços de saúde tem a legitimidade e devem oferecer as modernas tecnologias disponíveis para as mulheres, mas necessitam considerar o saber empírico que estas trazem sobre os processos de viver, adoecer, engravidar, parir, criar seus filhos e cuidar da sua família.

Compreende-se como fundamental o movimento em prol da humanização do parto e o enfrentamento da violência obstétrica que implicará direta e indiretamente na redução das mortes maternas, na promoção da saúde das gestantes e dos bebês, além de contribuir para (re) pensar formas inovadoras de organização dos serviços, políticas públicas de saúde e pela adoção das boas práticas na assistência ao parto normal a partir de evidências científicas atuais.

Evidencia-se a escassa produção científica sobre o tema, o que permite refletir sobre a invisibilidade da violência nos serviços de saúde e a falta de legislação que aborde esse tipo de violência que acomete inúmeras mulheres em um momento importante de suas vidas. Diferentes definições foram utilizadas nos estudos para o tema (dentre eles violência obstétrica, institucional, sanitária, simbólica na atenção ao parto), a dificuldade em conceitua-las revela a complexidade deste fenômeno e sua ainda limitada abordagem seja na formação acadêmica seja nos serviços de saúde.

Um limitador para o desenvolvimento deste estudo diz respeito aos artigos não disponíveis de forma gratuita no meio virtual, o que impediu de reconhecer aspectos da violência no cenário internacional.

Este estudo buscou contribuir na tríade pesquisa, docência e assistência em saúde e em enfermagem para que se lance um olhar atento e premente para o enfrentamento desta forma de violência contra as mulheres, com propostas e

encaminhamentos inovadores a partir das experiências das mulheres e visão dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A.F.L. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.36, p.79-91, jan./mar. 2011.
- AGUIAR J.M., D'OLIVEIRA A.F.P.L., SCHRAIBER L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública** 2013, 29(11):2287-2296.
- ARENDT H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
- BEHAGUE, D.P. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. **Culture, Medicine and Psychiatry** 26: 473-507, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Violência: uma epidemia silenciosa**. Brasília: CONASS, 2007, 134 p.
- BOURDIEU P. (1999). Razones prácticas. **Sobre la teoría de la acción**. 2ª ed. Barcelona: Anagrama, 1999.
- DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Brás Crescimento Desenvolvimento Hum.** 19(2): 313-26, 2009.
- DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública** 22(12)2647-55, 2006.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.; DINIZ, C.S.G.; SCHRAIBER, L.B Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **LANCET** 359(11)1681-5, 2002.
- FANEITE, J.; FEO, A.; TORO MERLO, J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud / Degree of knowledge of obstetric violence by health personnel **Rev Obstet Ginecol Venez** 2012; 72(1): 4-12.

FIGUEIRÊDO N.M.A., TYRRELL M.A.T., CARVALHO V., LEITE J.L. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 nov/dez. 12(6):905-12.

FRAZON, A.C.A.; SENA, L.M. **Teste da violência obstétrica: avaliação das mulheres sobre os cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento.** Acesso em: 24 de março de 2016. Disponível em: http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados-APresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf

FOUCAULT M. O sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M, org. **Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995. p. 231-49.

GIDDER, B.G. Violência obstétrica: [Editorial]. **Rev. Fac. Med** 2008 ; 31(1): 5-6.

GUTMAN L. **A maternidade e o encontro com a própria sombra: o resgate do relacionamento entre mães e filhos.** São Paulo (SP): Editora BestSeller; 2010. p.41.

HUMAN RIGHTS IN CHILDBIRTH. **Human Rights in Childbirth Movement.** Acesso em: 20 de março de 2016. Disponível em: <http://www.humanrightsinchildbirth.com/>

JONES, R. Memórias do Homem de Vidro – **Reminiscências de um Obstetra Humanista.** 3ed; Idéias a Granel, Porto Alegre, 2012

JONES, R. **Entre as Orelhas – Histórias de Parto.** 2ed; Idéias a Granel, Porto Alegre, 2012

MCCALLUM, C., REIS, A.P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2006; 22:1483-91.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, mai. 2008.

MENEZES, D.C.S.; LEITE, I.C.; SCHRAMM, J.M.A.; LEAL M.C. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. **Cad Saúde Pública** 2006; 22:553-9.

CASAL-MOROS N., ALEMANY-ANCHEL M.J. Violencia simbólica en la atención al parto: un acercamiento desde la perspectiva de bourdieu. **INDEX DE ENFERMERÍA** 2014, 23: 61-2.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

PEREIRA, W. R. **O Poder, a violência e a dominação simbólicos nos serviços públicos de saúde que atendem mulheres em situação de gestação parto e puerpério** [tese]. Ribeirão Preto(SO: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

PEREIRA, W.R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm** 2004 Jul-Set; 13(3):391-400.

PULHEZ, M.M. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. RBSE – **Revista Brasileira de Sociologia da Emoção** 2013; 12(35): 544-64.

WHITE RIBBON ALLIANCE FOR A SAFE MATERHOOD. Acesso em: 12 de março de 2016. Disponível em: <http://www.whiteribbonalliance.org/index.cfm/the-issues/respectful-maternity-care/>

WOLFF L.R., WALDOW V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc.** 2008,17(3):138-15.

ROJAS, G.; GONZALEZ, J. **La violencia Obstétrica es una epidemia silenciosa**. Periódico Las ultimas noticias (Venezuela). 13 de junio de 2009.

SALGADO H.O., NIY D.Y., DINIZ C.S.G. Meio grogue e com as mãos amarradas: o primeiro contato com o recém-nascido segundo mulheres que passaram por uma cesárea indesejada. **Journal of Human Growth and Development** 2013; 23(2): 190-197.

VENEZUELA. **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia** (Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668 del 23-04-07)

VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.