

ANA CAROLAYNE DA SILVA DAMASCENO

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CAUSA E  
POPULAÇÃO AFETADA - REVISÃO INTEGRATIVA

Macaé/RJ

2023.1

ANA CAROLAYNE DA SILVA DAMASCENO

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CAUSA E  
POPULAÇÃO AFETADA - REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Bacharelado em Enfermagem do  
Instituto de Enfermagem, Centro Multidisciplinar  
UFRJ-Macaé, como requisito parcial para a  
obtenção do título de bacharel em Enfermagem.  
Docente orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carina Bulcão  
Pinto

Macaé/RJ

2023.1

## CIP - Catalogação na Publicação

D155  
Damasceno, Ana Carolayne da Silva  
Violência Obstétrica: Profissionais de Saúde, Causa e População Afetada - revisão integrativa / Ana Carolayne da Silva Damasceno - Macaé, 2023.  
25  
f.  
Orientador(a): Carina Bulcão Pinto.  
Trabalho de conclusão de curso (graduação) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Enfermagem, Bacharel em Enfermagem e Obstetria, 2023.

1. Violência Obstétrica. 2. Pessoal de Saúde. 3. Saúde materno-infantil.  
4. Parto Humanizado. 5. Enfermagem. I. Pinto, Carina Bulcão, orient. II. Título.

CDD 610

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca com  
os dados fornecidos pelo(a) autor(a)  
Biblioteca Central do Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé  
Bibliotecário: Anderson dos Santos Guarino CRB7 – 5280

ANA CAROLAYNE DA SILVA DAMASCENO

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CAUSA E  
POPULAÇÃO AFETADA - REVISÃO INTEGRATIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Enfermagem, Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Apresentado em: 10/06/2023.

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Drª Carina Bulcão Pinto – Orientadora

---

Profª Drª Glaucimara Rigueti de Souza Soares – 1º Examinador

---

Profª Ms. Patrícia Regina Affonso de Siqueira – 2º Examinador

---

Profª Drª Isis Vanessa Nazareth – 1º Suplente

---

Profª Ms. Samar Duarte dos Santos – 2º Suplente

## APRESENTANDO O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “Violência Obstétrica: Profissionais da Saúde, Causa e População Afetada” está adaptado, em sua apresentação, às normas do periódico Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), periódico indexado e avaliado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com *Qualis A4* para a área de conhecimento da Enfermagem. Seguindo, desse modo, os indicativos do Manual de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) do Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Enfermagem, Centro Multidisciplinar UFRJ-Macaé.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>12</b>
<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>



REVISÃO INTEGRATIVA

## VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE, CAUSA E POPULAÇÃO AFETADA - REVISÃO INTEGRATIVA

**RESUMO:** **Objetivo:** O objetivo do presente estudo é identificar os profissionais de saúde envolvidos na ocorrência de violência obstétrica (VO) e analisar seus desdobramentos. **Método:** Revisão integrativa de publicações entre o período de 2000 a 2022, nos idiomas inglês, espanhol e português, na base da BVS. **Resultado:** As tabelas (1,2,3) [...] trazem informações dos 40 artigos selecionados e divididos em três eixos temáticos: Relato de Experiência Profissional (RPF); Relato de Experiência da Parturiente (RPN) e Legislação [...] além de colunas que contêm os profissionais envolvidos. A tabela 4 aponta as 11 formas de VO encontradas e seus respectivos artigos. **Considerações Finais:** Pode-se inferir que a violência obstétrica transcende os atos que violam o corpo físico e mental das parturientes, ressalta também questões sociais que atravessam o ambiente hospitalar, levando a experiências traumáticas e submetendo-as a buscar meios para contornar essa situação.

**Descritores:** Violência Obstétrica; Pessoal de Saúde; Saúde Materno-Infantil; Parto Humanizado; Enfermagem.

**Descriptors:** Obstetric Violence; Health Personnel; Maternal and Child Health; Humanizing Delivery; Nursing.

**Descriptores:** Violencia Obstétrica; Personal de Salud; Salud Materno-Infantil; Parto Humanizado; Enfermería.

### INTRODUÇÃO

O ato de partear, assim como a menarca, é um elemento fisiológico e natural da mulher que decide ter filhos. Antes de todo o processo hospitalocêntrico que teve início no século XIV e que impera nos dias de hoje, esse ensejo já era realizado de diversas maneiras e em diferentes culturas. Em sua grande maioria, o parto era vivenciado e composto por mulheres, realizado em sua moradia, cercado por mães, amigas, avós que dariam esse apoio a gestante, além de trocas de experiências vividas em seus próprios partos. Durante o processo existia alguém

responsável por conduzir todas as etapas, seja uma curandeira, ou como conhecemos nos dias de hoje, a parteira<sup>1</sup>.

A atuação das parteiras era baseada em experiências e vivências próprias, advindas de sabedorias repassadas de gerações anteriores, como a mãe, a avó e a bisavó, tornando o sucesso do parto um milagre de cunho religioso. O cuidado prestado à parturiente e ao recém-nascido era feito integralmente pelas parteiras, pois seu estado civil, de viúvas, permitiam dar essa atenção plena para ambos<sup>1</sup>.

A partir do século XIV, a classe médica se pôs a questionar a função das parteiras, sinalizando que elas não possuíam um conhecimento científico para a realização de suas funções, desqualificando-as pela prestação de tais serviços. Apesar das indagações, cada país agiu de maneira diferente frente a esse grupo de cuidadoras. Na Inglaterra (1902), por exemplo, houve a regulamentação do trabalho das parteiras e criou-se um conselho para a classe. Já nos Estados Unidos, realizaram a capacitação e aprimoramento das mesmas<sup>1</sup>.

A atuação das parteiras no decorrer dos anos no Brasil, se tornou totalmente supervisionada pelo médico e sutilmente essas mulheres foram perdendo sua autonomia e atuação nesses cenários, principalmente após a invenção do fórceps em 1600, que tornou a obstetrícia uma área técnico-científica praticada exclusivamente pelo médico<sup>2</sup>. Essa transição de poder não afetou apenas a classe trabalhadora, mas principalmente as mulheres, sobretudo as parturientes.

Em se tratando da medicina especificamente, no século XVI na Europa ocorreu a primeira regulamentação das práticas terapêuticas realizadas exclusivamente pelo médico. Porém, apenas na época do Renascimento, por volta do século XVII, que a medicina se tornou um saber acadêmico, e no final desse mesmo século surgiu a obstetrícia. Progressivamente essa disciplina científica foi desapropriando as parteiras de suas funções e, a partir do século XVIII, já não havia mais parteiras neste cenário. Desta forma, as mulheres passaram a ser representadas como objetos terapêuticos<sup>3</sup> e não mais como sujeitos capazes de decidir e opinar sobre sua vida, principalmente sobre o seu processo de parturição.

Neste sentido, no século XIX foi imposta a transição do ambiente do parto, que passaria do domicílio para o hospital, estando no controle dos profissionais da saúde, sem questionar a mãe sobre seus desejos e preferências em relação a este momento, dando início ao processo de despersonalização da mulher na parturição. Neste sentido, as mulheres e suas famílias foram induzidas a acreditar que o hospital era o local mais seguro para parir<sup>4</sup>.

Além dessa mudança de ambiente, a percepção quanto ao processo do parto, deixou de ser algo fisiológico e natural, para algo nocivo e patológico, trazendo como consequência ao

longo dos anos o aumento da taxa de mortalidade materna e de cesariana. No Brasil, a enfermagem passou a ser reconhecida na área da saúde da mulher a partir da década de 90, após a sua regulamentação para o ensino. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o “Projeto Maternidade Segura” em 1995, enquanto o Ministério da Saúde (MS) financiou cursos de especialização em enfermagem obstétrica desde 1999, incluindo posteriormente a realização do parto por enfermeiras obstétricas na tabela de pagamento do SUS. Somado a isso, certas instituições de saúde que possuíam centros de parto normal passaram a ser coordenados por enfermeiros obstetras<sup>2</sup>.

Em respostas a essas discussões, houve a necessidade de criar o documento “Políticas Públicas para reavaliar a assistência prestada no ciclo gravídico puerperal” no século XXI<sup>2</sup>. A partir do ano de 2000, surgiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, em 2000, e a Política Nacional de Humanização, em 2003, um com o foco obstétrico e outro com foco no cuidado integral no âmbito da saúde<sup>5,6</sup>.

Entretanto, mesmo com a criação de políticas públicas em relação ao parto, sob intervenção da OMS e MS a favor da enfermagem, os médicos descredibilizavam e atrapalhavam a atuação do enfermeiro obstetra<sup>2,7,8</sup>. A OMS e o MS reforçavam que o profissional da enfermagem possuía uma visão humanística com a necessidade de entender o outro, a partir da comunicação entre o profissional e o indivíduo, seja com a informação, ou com a escuta, desde que seja realizado de maneira empática. Essa resistência a mudanças e a opiniões de profissionais não médicos, além dos conflitos de atuação frente ao parto acabam não permitindo que as políticas de humanização atuem plenamente na prática assistencial<sup>9</sup>.

Nos estudos de Sala, há um destaque das discussões do segundo Congresso Médico realizado em Medellín Colômbia em 1913, que durante a conferência “Necessidade de escolas nacionais de enfermeiras e parteiras”, os médicos Felipe Calderón Reyes e Miguel Jiménez López, reforçaram a intenção de existir uma profissão com formação acadêmica com a justificativa de sustentar a ação dos médicos. Ruiz, Suarez e Ochoa, explicam que para Lorber a relação médico-enfermeiro vem sendo construída desde a Segunda Guerra Mundial, trazendo essas duas profissões a alusão aos papéis familiares, no qual a enfermeira adquire o papel materno, o médico adquire o papel paterno e o paciente o papel do filho, sendo a enfermagem responsável pelo cuidado emocional e a medicina dá as ordens e o paciente as obedece<sup>10</sup>.

Apesar disso, mesmo com resistência por parte dos médicos, a enfermagem obstétrica cresceu e evoluiu em conhecimento técnico científico, garantindo que a mulher vivencie o processo de parturição com um mínimo de intervenções possíveis, que seja mais fisiológico e natural, com tecnologias de cuidados não farmacológicas de alívio da dor, diminuindo,

consequentemente, o número de cirurgias cesarianas e, consequentemente, problemas relacionados a esse procedimento cirúrgico altamente invasivo e complexo. Com isso, a assistência prestada por enfermeiras obstetras em partos de baixo risco gerou mudanças significativas nas práticas e rotinas de instituições de saúde<sup>2,8</sup>.

Somado a isso, a transição de ambiente, de profissionais e dos olhares frente ao corpo feminino, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal, ocasionou mudanças assistenciais que destacaram questões sociais importantes, como por exemplo, as desigualdades de gênero e a hierarquia de poder<sup>3,11,12,13,14</sup>. Freedman em uma “Reunião do grupo de especialistas em procedimentos com o Relator Especial da ONU sobre violência contra mulheres por maus-tratos durante o parto no contexto de direitos humanos e violência contra mulheres”, em Genebra, reforça que correlacionar a dinâmica de poder com os maus-tratos, auxilia no debate e no combate às ações desiguais dentro dos ambientes hospitalares. Portanto, é possível classificar esse poder como: visível, oculto ou invisível<sup>11</sup>.

De acordo com o autor supracitado, o poder visível é caracterizado por leis e regulamentos, ou seja, a formalidade presente no ambiente hospitalar. O poder oculto vai além dos profissionais de atendimento, abrange todos no ambiente de saúde, como guardas e outros funcionários. O poder invisível são normas que operam de maneira inconsciente e são internalizadas pelos provedores ou pelas mulheres<sup>11</sup>.

Neste íterim, a desigualdade de gênero se tornou acentuada dentro do ambiente hospitalar a partir do início do século XVII, onde existia a predominância de médicos do sexo masculino. Eles eram responsáveis por conduzir o parto, tornando a mulher submissa a seus cuidados, tendo em vista que apenas eles detinham do conhecimento científico do que era “*melhor*” para ela naquele momento<sup>3,10</sup>.

Não somente a parturiente era afetada com essa relação de poder e desigualdade, como também profissionais não médicos, ou seja, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc. Neste ambiente, as profissionais mulheres assumiam os cuidados e os profissionais homens os aspectos gerenciais. Com o passar do tempo, o conhecimento clínico científico se tornou majoritariamente masculino e supervalorizado, quando comparado a outras categorias assumidas por mulheres. Assim, o modelo biomédico foi se moldando e se estruturando, com foco no curativismo<sup>13,14</sup>.

A partir dessas relações médico-paciente, médico-profissional da saúde, profissionais da saúde-paciente, surge a base do poder invisível, que vem se tornando desequilibrada e desrespeitosa, com excessivas intervenções físicas e medicamentosas. Desta forma, o foco na garantia do sucesso do parto ganha elementos externos - entendidos por muitos profissionais

como necessários - sem o consentimento das parturientes, causando dor, sofrimento e traumas, caracterizando assim, a violência obstétrica (VO)<sup>3,11,12,,13,14</sup>.

Atualmente, de acordo com os dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2021 o cenário do parto no Brasil é de 43% de partos vaginais e 57% de partos cesáreos, expondo assim as altas taxas de cirurgias cesarianas<sup>15</sup>. Entretanto, a recomendação da OMS desde 1985 é que a taxa ideal de cesariana esteja entre 10 a 15%, valores encontrados a partir de uma revisão sistemática realizada na época, porém, em 2014 um novo estudo foi realizado, dessa vez um estudo ecológico que avaliou a associação da mortalidade materna e infantil com taxas de cesáreas entre 10 a 30%. Os dados encontrados não obtiveram uma resposta quanto a essa associação, apenas foi possível analisar indicadores de mortalidade materna e neonatal. Sendo assim, é necessária mais pesquisas e disponibilidade de informações para conseguir um desfecho que irá avaliar questões de mortalidade e morbidade materna e neonatal, bem estar social e psicológicos, reforçando sempre a importância de garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessárias, em vez de buscar atingir uma taxa específica de cesáreas<sup>16</sup>.

Os estudos que abordam a VO no Brasil<sup>4,7,17-23</sup>, revelam lacunas no conhecimento no que tange seu conceito, as definições de tipologias e os desafios da prática assistencial. Além disso, não existe uma lei que a define como crime e sua forma de impunidade, mesmo com casos recentes de denúncias. Até o presente momento, projetos de leis foram feitos, mas sem conclusão<sup>24-26</sup>.

Esse estudo se utilizará do termo “violência obstétrica” por se tratar de um termo que abrange a desumanização do parto que, de acordo com o conceito atribuído pela legislação venezuelana, caracteriza o termo como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres relacionando tais ações aos profissionais de saúde, acarretando em um tratamento desumanizador, com abuso de medicalização, convertendo o processo natural em um processo patológico. A mulher perde a sua autonomia e capacidade de decidir sobre seus corpos e sexualidade, gerando um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres<sup>27</sup>.

Dito isto, este trabalho tem como justificava compreender através do levantamento histórico e da revisão integrativa, o surgimento da violência obstétrica e os profissionais envolvidos na ocorrência.

Vale ressaltar que o avanço científico e tecnológico em relação ao parto não deve ser visto como algo totalmente prejudicial à mulher e retirado por completo, tendo em vista as problemáticas que vem ocorrendo nos últimos anos, acarretando na VO. Esse conhecimento garante que a mulher tenha uma gestação e parto seguros e eficientes. Todavia o excesso de

Comentado [1]: justificativa

intervenções e a realização desnecessária de procedimentos e fármacos põe em risco a vida da futura mãe e de seu filho.

## **OBJETIVOS**

Em vista da retrospectiva histórica e da problemática que envolve o processo de parturição, este estudo objetiva identificar os profissionais de saúde envolvidos na ocorrência de violência obstétrica e analisar seus desdobramentos.

## **MÉTODO**

### **Aspectos éticos**

A presente revisão integrativa assegura os aspectos éticos, garantindo a autoria dos artigos pesquisados, utilizando para citações e referências dos autores as normas Vancouver.

### **Desenho do estudo**

A fim de atingir o objetivo foi realizada uma revisão integrativa, que é um método de síntese de conhecimento tornando possível conhecer um determinado assunto através de estudos anteriores e, assim, evidenciar lacunas a serem preenchidas por meio de novas pesquisas. Esse método de revisão é considerado o mais abrangente por incluir pesquisas experimentais e quase-experimentais, assim como literaturas teóricas e empíricas<sup>28,29</sup>.

A revisão integrativa tem como característica o rigor metodológico sendo conduzida por meio de etapas que são elaboração de uma pergunta de revisão, busca e seleção dos estudos, extração dos dados dos estudos, análise crítica dos estudos incluídos, síntese dos resultados e apresentação da revisão integrativa<sup>28-30</sup>.

Após isso, foi realizado um fluxograma PRISMA que objetiva orientar o pesquisador no desenvolvimento de protocolos de estudos de revisões sistemáticas e metanálises<sup>31</sup> para ser de fácil visualização sobre como ocorreu a pesquisa de revisão integrativa.

Para fins do presente estudo, foi utilizada como ferramenta para elaboração da pergunta de pesquisa a estratégia PICo (Population/Phenomenon of Interest/Context). Essa, consiste na identificação do problema ou população de pesquisa (P), o fenômeno de interesse a ser pesquisado (I) e o contexto em que se insere (Co). Assim sendo, o P ficou composto por profissionais de saúde, o I sendo a violência obstétrica, e o Co com o hospital, formulando a partir disto a pergunta de pesquisa “ O que a literatura veiculou sobre violência obstétrica por profissional da saúde?”.

### **Estratégias de busca e fonte de dados**

**Comentado [2]:** Glaucimara

As buscas ocorreram no mês de outubro de 2022 e optou-se por utilizar a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde-BVS tendo em vista que esta abrange outras bases de dados em saúde que são LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), Pubmed/NLM (National Library of Medicine, USA) e BDENF (Base de Dados em Enfermagem).

Os descritores utilizados foram determinados a partir dos elementos da estratégia PICO a constar nos Descritores em Ciências da Saúde-DeCS, tornando possível a elaboração de uma estratégia de busca nas bases de dados, são eles: *Violência Obstétrica AND Profissional da Saúde*.

Os critérios de inclusão foram: publicações entre o período de 2000 a 2022, estar nos idiomas inglês, espanhol e português, estar dentro da temática e responder a pergunta “o que a literatura veiculou sobre VO por profissional da saúde?”. Sendo assim, os artigos deveriam mencionar uma ou mais formas de VO, e qual profissional de saúde seria responsável pelo ato. O recorte temporal se justifica em função da criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento a partir de 2000<sup>6</sup>.

A leitura dos artigos ocorreu em três etapas: na primeira, buscas foram realizadas nas bases de dados; na segunda, três autores leram o título e o resumo dos trabalhos, a fim de separá-los para a fase seguinte; por fim, na terceira etapa, fizemos a leitura completa dos artigos, com o objetivo de selecionar para a análise final aqueles que atendessem aos critérios de inclusão preestabelecidos.

## **RESULTADOS**

De acordo com a metodologia proposta, foi realizado um fluxograma PRISMA que objetiva orientar o pesquisador no desenvolvimento de protocolos de estudos de revisões sistemáticas e metanálises<sup>31</sup> para ser de fácil visualização sobre como ocorreu a pesquisa de revisão integrativa.

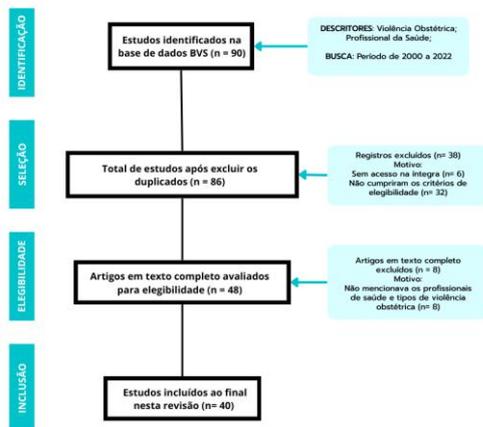


Figura 1: Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses<sup>31</sup>. Macaé (RJ), Brasil, 2022.

As tabelas a seguir trazem informações dos 40 artigos selecionados e divididos em três eixos temáticos: Relato de Experiência Profissional (RPF); Relato de Experiência da Parturiente (RPN) e Legislação, nos idiomas inglês, português e espanhol no período de 2000 a 2022, além de colunas que contêm os profissionais envolvidos.

A fim de organizar a referência durante a discussão dos resultados foi desenvolvido siglas específicas para cada eixo temático, sendo elas: S (1,2,3...) para Profissionais da Saúde; P (1,2,3...) para Parturientes; e L (1,2,3...) para Legislações.

Tabela 1 - Relato de Experiência Profissional, Brasil, 2023.

RELATO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL					
Nº	ARTIGO	AUTORES	PAÍS	ANO	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
S1	Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud.	Faneite J et al.	Venezuela	2012	médicos (obstetras), enfermeiros, residentes de obstetricia, outros (estudantes, copeiras, transportadoras etc.)
S2	Percepções de doulas naturólogas sobre gestação, parto e puerpério doulas.	Souza, S V. et al	Brasil	2015	doulas, enfermeiros e médicos
S3	Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units.	Martins, A C. et al.	Brasil	2016	Profissionais de Saúde
S4	Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde.	Tesser, C D. et al.	Brasil	2017	médicos, enfermeiros
S5	When the baby remains there for a long time, it's going to die so you have to hit her small for the baby to come out: justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana.	Rominski S D. et al.	Gana	2017	parteiras
S6	Identifying disrespect and abuse in organisational culture: a study of two hospitals in Mumbai, India.	Madhiwalla N et al.	India	2018	obstetras (residentes e consultores), obstetras ex-empregados (médico), enfermeiras, outros (administradores hospitalares)
S7	Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training.	Diniz S G. et al.	Brasil	2018	Enfermeiras, parteiras, médico
S8	Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth.	Freedman L P. et al.	Tanzânia	2018	Enfermeira, parteiras.
S9	Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care.	Gita S. et al.	Mundial	2018	Médico, Enfermeira e parteiras
S10	Rethinking obstetric violence and the "neglect of neglect": the silence of a labour ward milieu in a South African district hospital.	Lappeman L. et al.	África Austral	2019	Enfermeira e Parteira, Médico, Outros (psicóloga)
S11	O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. Interface	Menezes F R. et al.	Brasil	2020	Residentes de enfermagem obstétrica, médicos.
S12	"La enfermedad normal": Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto.	Sala V V V. et al.	Colômbia	2020	Médicos, enfermeiras, parteiras, outros (curandeiras)
S13	Women in pregnancy, delivery, and postpartum: a look from the feminist.	Bedoya-Ruiz L A. et al	Colômbia	2020	Médico, enfermeiros, outros (Serviço social e psicologia).
S14	Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto.	Trajano A R. et al.	Brasil	2021	Residentes de enfermagem obstétrica, Residentes de medicina em ginecologia e obstetricia. Ginecologistas obstetras (médico), Enfermeiros obstetras
S15	Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos.	Rodrigues G T. et al.	Brasil	2021	Enfermeiras gerais e obstétricas Médicos obstetras e pediatras

Tabela 2 - Relato de Experiência da Parturiente, Brasil, 2023.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DA PARTURIENTE					
Nº	ARTIGO	AUTORES	PAÍS	ANO	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
P1	Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: a systematic review.	Owolabi, O. et al.	Nigéria	2017	enfermeiros, médicos
P2	Women's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in Benue State, Nigeria	Orpin, J. et al.	Nigéria	2018	Enfermeiras, parteiras
P3	"When helpers hurt": women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka.	Perera, D. et al.	Sri Lanka	2018	Enfermeiras, parteiras, médicos
P4	Measuring mistreatment of women throughout the birthing process: implications for quality of care assessments.	Abuya, T. et al.	EUA	2018	médicos especialistas, enfermeiras ou parteiras, outros (anestesiistas e farmacêuticos)
P5	"If we're here, it's only because we have no money" discrimination and violence in Mexican maternity wards.	Santiago, R. V. et al.	México	2018	enfermeiras, médicos
P6	The shifting axes of marginalities: the politics of identities shaping women's experiences during childbirth in Northeast India.	Chattopadhyay, S. et al.	India	2018	médicos, enfermeiros, parteiras, outros (burocratas e administradores)
P7	A Secondary Analysis of Mistreatment of Women During Childbirth in Health Care Facilities.	Beck, C. T. et al.	Nova Zelândia, Austrália, Reino Unido, EUA	2018	Parteira, médico
P8	Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India.	Bhattacharya, S. et al.	India	2018	Enfermeira, médico,
P9	Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study.		Gana	2018	Parteiras, enfermeira
P10	Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence.	Maya, E. T. et al.	Tanzânia	2018	Enfermeiras, médicos
P11	Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay.	Alemán, N. M. et al.	Uruguai	2018	médicos, parteiras, enfermeiras
P12	Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement and developing interventions.	Warren, C. L. et al.	Quênia	2018	enfermeiras
P13	Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia.	Siraj, A. et al.	Etiópia	2019	Profissional da Saúde (não identifica qual)
P14	Lifting the veil on disrespect and abuse in facility-based child birth care: findings from South West Nigeria.	Macellina, Y. I. et al.	Nigéria	2019	Profissional da Saúde (não específica)
P15	Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic.	Castro, A. et al.	República Dominicana	2019	Médico, enfermeiras
P16	Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook.	Pauletti, M. J. et al.	Brasil	2020	Médico, enfermeiro
P17	Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud.	Castro, M. C. et al.	Chile	2022	Equipe médica
P18	Obstetric violence and disability overlaps: obstetric violence during child birth among womens with disabilities: a qualitative study.	Wudneh, A. et al.	Etiópia	2022	Parteira, enfermeira, médico (homem)
P19	Breaking the silence about obstetric violence: Body mapping women's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India.	Mayra, K. et al.	India	2022	Enfermeira e Médico, Profissionais indianos
P20	Obstetric violence a qualitative interview study.	Amborn, A. et al.	Suécia	2022	Parteiras, Médico

Tabela 3 - LEIS, Brasil, 2023.

LEIS					
Nº	ARTIGO	AUTORES	PAÍS	ANO	PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS
L1	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.	Tesser, C D. et al.	Brasil	2015	enfermeiras, médicos
L2	Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention.	Diniz, S G. et al.	Brasil	2015	Profissionais de Saúde
L3	Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención.	Perdomo-Rubio, A. et al.	Argentina, Colômbia, Venezuela	2019	Doulas, Parteiras, Médicos
L4	Addressing disrespect and abuse during childbirth in facilities.	Sen, G. et al.	México, Argentina, Colombia, Chile, Venezuela	2019	Parteiras, Enfermeiros, Médicos
L5	Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth.	Zampas, C. et al.	Mundial	2020	Enfermagem, Médico, Parteiras

Conforme apresentado nas tabelas acima, foi possível identificar a citação, direta ou indireta, de 11 formas de VO nos 40 artigos que compuseram a revisão integrativa, a saber:

Tabela 4 - Formas encontradas de VO em seus respectivos artigos.

Nº	TIPO DE VO	TOTAL DE ARTIGOS	ARTIGOS
1	Abuso físico	27	S3, S5, S6, S8, S11-S14; P1-P9, P12-P14, P16-P20; L4 e L5
2	Abuso verbal e psicológico	27	S3, S5, S6, S11-S13; P1, P3, P5-P8, P10-P18; L3-L5
3	Estigma, preconceito e discriminação	25	S3, S5, S6, S11-S13; P1, P3, P5-P8, P10-P18; L3-L5
4	Negligência e abandono	17	S5, S10, S11; P1, P6, P8-P10, P12, P14, P16, P18, P19; L1, L4, L5
5	Violação da privacidade	19	S4, S5, S7-S9, S11; P2-P5, P7, P8, P13-P18; L3, L4
6	Falta de comunicação	19	S4, S6, S11; P1-P5, P7, P10, P12-P16, P19, P20; L3 e L4
7	Violência institucional	30	S1-S4, S6-S9, S11-S13, S15; P1, P3, P8, P10, P12, P14, P16, P19; L1-L5
8	Recusa no alívio da dor	10	S8, S11 P3, P7, P8, P14-P16, P20; L4
9	Violação da autonomia	25	S1-S6, S8, S11, S13, S14; P1-P3, P5, P7, P9-P12, P14, P16; L1-L5
10	Abuso sexual	2	S3; P3
11	Outros (extorsão, detenção e contenção)	7	S5, S6, S8; P6, D20-G31P8, P14, P19

Essa informação está detalhada para dar maior visibilidade às variadas formas de VO, uma vez que sua causa é multifatorial e explicitar de maneira minuciosa contribui para maior identificação dos sujeitos envolvidos, sejam eles as vítimas ou os provedores de tais ações.

As formas de VO aparecem em todos os estudos sendo abordadas em 3 vertentes: como relato de experiência dos sujeitos que estão envolvidos no cuidado no momento do parto, ou seja, a parturiente; como relato dos profissionais de saúde acerca da VO; e também através de discussões sobre legislações que envolvem a temática. A partir desta identificação foram definidos 3 eixos temáticos para a discussão do tema: “Relatos de Experiências dos Profissionais (RPF)”, “Relato de Experiências das Parturientes (RPN)” e “Legislação”, tornando possível a estratificação dos artigos por eixos.

Sendo assim, com base no que está descrito nas tabelas 1, 2 e 3, é possível quantificar os artigos que possuem um desses 3 eixos, além das formas de VO observada durante a leitura, totalizando: RPF com 15 artigos e 41 formas de VO descritas; RPN com 20 artigos e 100 formas de VO; Legislação com 5 artigos e 19 formas de VO.

Ao compararmos o quantitativo de VO apontado em cada artigo em relação aos sujeitos envolvidos na situação violenta, observa-se diferenças na quantidade de tipologias descritas por profissionais e por parturientes. Quando o artigo abordava o RPF identificou-se a exposição de 6 a 9 tipos diferentes de VO (S1 a S15) já os artigos que protagonizaram o RPN citavam de 3 a 10 formas de VO (P1 a P20); e os artigos referentes às legislações apontaram de 5 a 8 formas de VO (L1 a L5). Destaca-se que apenas um artigo trouxe ao mesmo tempo a visão de profissionais e parturientes, em seus relatos e destacou 3 e 9 tipos de VO (P3 e P11).

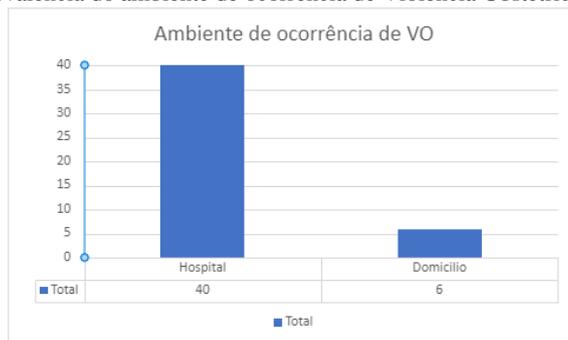
A análise da distribuição geográfica dos artigos, associado ao país onde as VO foram relatadas, nos permite observar que há uma maior incidência de VO em países subdesenvolvidos (Tabela 1). A quantidade de artigos por país foram: **América do Sul** - Argentina, Colômbia, Venezuela (1)<sup>L3</sup> (mesmo artigo); Argentina, Chile, Colômbia, México, Venezuela (1) (mesmo artigo)<sup>L4</sup>, Brasil (10)<sup>S2,S3,S4,S7,S11,S14,S15,P16,L1,L2</sup>, Chile (1)<sup>P17</sup>, Colômbia (2)<sup>S12,S13</sup>, México (1)<sup>P5</sup>, Uruguai (1)<sup>P11</sup>, Venezuela (1)<sup>S1</sup>; **América Central** - República Dominicana (1)<sup>P15</sup>; **América do Norte** - Estados Unidos (1)<sup>P4</sup>; **África** - África Austral (1)<sup>S10</sup>, Etiópia (2)<sup>P13,P18</sup>, Gana (2)<sup>S5,P9</sup>, Nigéria (3)<sup>P1,P2,P14</sup>, Quênia (1)<sup>P12</sup>, Tanzânia (2)<sup>S8,P10</sup>; **Ásia** - Índia (4)<sup>S6,P6,P8,P19</sup>, Sri Lanka (1)<sup>P3</sup>; **Europa** - Suécia (1)<sup>P20</sup>; **Mundial** (2)<sup>S9,L5</sup>; Nova Zelândia, Austrália, Estados Unidos, Reino Unido (1)<sup>P7</sup> (mesmo artigo)

Com relação aos locais de ocorrência e profissionais, pode-se inferir que há maior incidência de VO feita por profissionais médicos (ginecologistas, pediatras e residentes obstetras) (30)<sup>S1-S4,S6,S7,S9-S15:P1,P3-P8P9,P10,P13,P14,P15,P6,P18-P20:L1-L5</sup>, e enfermeiros (obstetras e

residentes obstetras) (32)<sup>S1-S4,S6-S15; P1-P6,P8-P16,P18,P19; L1-L5</sup>, de acordo com os artigos analisados. A ocorrência de VO por parteiras (18)<sup>S5,S7-S10,S12,P2-P4,P6,P7,P9,P11,P18,P20; L3-L4</sup> e doulas (2)<sup>S2 e L3</sup> não prevalece em todos os artigos, pois alguns países as parteiras não atuam em ambientes urbanos, apenas rurais, enquanto as doulas, faz-se necessário a contratação particular do serviço prestado, ficando assim restrito, a área urbana, como descreve a totalidade dos artigos analisados. O termo “outros” (7) engloba profissões como “copeiras, transportadoras, etc”; “burocratas”; “administradores hospitalares”; “psicóloga”; “curandeiras”; “serviço social”; “anestesistas e farmacêuticos”; os quais também são mencionados como praticantes de VO, com exceção das doulas (quadro 2)<sup>S1,S6,S10,S12,P4,P6,P19</sup>.

Em relação ao ambiente de maior ocorrência de VO (GRÁFICO 1), é possível identificar o ambiente hospitalar como o cenário de maior ocorrência de VO, assinalado por todos os artigos. Entretanto, poucos artigos<sup>P6,P11</sup> trazem a diferença de VO em Hospitais Públicos e/ou Privados, por isso essa estratificação não foi possível de ser feita neste estudo. Já o ambiente domiciliar (casa), é mencionado em momentos específicos, não como um local de atuação da VO, mas como uma fuga da mesma, ou seja, fuga do ambiente em que ela ocorre, no caso o hospital<sup>P6,P9,P17-P19,L3</sup>.

GRÁFICO 1: Prevalência do ambiente de ocorrência de Violência Obstétrica, 2023.



Fonte: Própria, 2023

## DISCUSSÃO

Com base nos resultados encontrados e a fim de atingir aos objetivos propostos para esta investigação, pode-se dividir os artigos em temáticas que receberam os seguintes subtítulos: **Violência Obstétrica e os Profissionais de Saúde; Violência Obstétrica e o Ambiente de Ocorrência e Violência Obstétrica e População Afetada.**

### Violência Obstétrica e os Profissionais de Saúde

Nas profissões relatadas nos artigos, encontramos situações dissemelhantes. As nuances entre os profissionais e a VO vão desde a formação acadêmica a resistência a mudanças, resistência essa praticada com base em poder de uma determinada profissão, sobre a submissão de outras profissões ou acadêmicos. As profissões mais comuns no momento do parto são médicos, enfermeiros e parteiras, como foi possível visualizar na tabela 1, outras profissões são menos comuns e por isso foram menos citadas nos artigos, como Burocratas e Administradores; Psicologia, Serviço Social e Doulas.

Chattopadhyay menciona a profissão “*Burocratas e Administradores*” e outras profissões do âmbito hospitalar, como médicos, enfermeiros e parteiras, utilizam do seu conhecimento como forma de desrespeito e abuso para com as gestantes, principalmente quando não ocorre a adesão a um comando, por exemplo<sup>P6</sup>.

Lappeman citou a fala de uma *Psicóloga*, que ao perceber o silêncio da enfermaria, justifica que o barulhento é o pós-natal, mas que naquele instante ela nota certa estranheza e frieza nesse “silêncio”<sup>S10</sup>.

Ruiz, Soares e Ochoa apresenta o *Serviço Social* como desvalorizado devido a divisão do trabalho ser hierarquizada a partir do gênero e do conhecimento clínico-científico dentro das instituições de saúde, no qual as mulheres atuam frente ao cuidado e os homens no âmbito gerencial. A responsabilidade de homens e mulheres a partir desse conhecimento, se torna masculinizado e supervalorizado, gerando a desvalorização de outras áreas, principalmente as não médicas, como o serviço social, enfermagem e psicologia<sup>S13</sup>.

O artigo de Souza e Scheide traz como foco o relato de doulas no qual menciona três pontos: a luz das teorias do parto humanizado, medicalização do parto e parto como um processo sagrado e natural. Enfatiza-se o termo “*parto consciente*” no qual o empoderamento feminino permite a autonomia da mulher em suas escolhas e principalmente no período de trabalho de parto, permitindo-a reconhecer os sinais e realizar os comandos no tempo oportuno, finalizando no nascimento. Se a mulher encontra-se em um ambiente sem segurança e acolhimento, a musculatura torna-se tensa, impedindo essa conscientização do corpo. Esse ambiente inseguro e desacolhedor que referem-se é o hospitalar, gerando assim críticas negativas à medicalização do parto, que por sua vez observa a mulher de forma racionalizada/fragmentada/reducionista<sup>S2</sup>.

Rubio et al. é um artigo mais atual que abrange as *doulas* em países da América do Sul (Argentina, Colômbia e Venezuela). O artigo reforça que essa profissão é caracterizada por possuir a capacidade de humanizar e desinstitucionalizar o parto, principalmente, de baixo risco, com a criação de casas de parto ou apenas permitindo que ela atue no meio hospitalar

com uma garantia da autonomia e direito da mulher. Entretanto, outros cargos da instituição foram contra, acusando-as de baixa formação e que queriam aproveitar o mercado de trabalho, mercado esse que apenas permite a realização de um parto humanizado a partir da rede privada optando assim pela realização de um parto acolhedor e seguro em seu lar, ou seja, apenas um seleto grupo com poder aquisitivo consegue se ver longe da medicalização do parto e da VO<sup>L3</sup>.

No que concerne aos profissionais médicos, enfermeiros e parteiras, alguns pontos foram levantados, como: “a formação acadêmica”, “resistência à mudança”, “protagonista da VO”. Artigos relataram pontos positivos e negativos em relação à formação acadêmica dos médicos e enfermeiras, sejam eles formados ou graduandos. Normalmente, os que ainda estão como discentes nesta formação possuem uma efetiva atuação a favor ao combate da VO, com apoio a criação de leis e reformulação do ensino médico, porém, eles conseguem identificar durante a prática da graduação a reprodução de VO como forma de ensino informal, conhecido como o “currículo oculto”, como *abuso verbal e psicológico* que são mencionados por residentes de medicina<sup>S7,L3</sup>. Neste contexto, a interação médico-paciente é excluída, dando início a um processo de desumanização.

Em contrapartida, os profissionais já atuantes na área, utilizam do seu saber como forma de desrespeito e abuso a gestante e até mesmo a outros profissionais não médicos, como enfermeiros, parteiras, doulas, entre outros<sup>S9,S11,S13,L3</sup>. Em artigos que possuem como foco o conhecimento dos profissionais acerca da VO, eles possuem a capacidade de definição dessa forma de violência, mas não conseguem, ou não possuem interesse, em identificar em seus atos ou de outros profissionais a VO<sup>S4</sup>.

Em ambos os casos, acadêmicos ou profissionais, é possível observar, em vários artigos, problemas sociais que atravessam a área hospitalar, como a questão de gênero e desigualdade socioeconômica<sup>S1,S3,S5-S9,S11-S13,P1,P3,P5,P6-P8,P13-P17,L3-L5</sup>. Em um deles possui o relato de uma enfermeira que destaca a origem do médico obstetra e o momento histórico, no qual era uma profissão composta por homens e seu maior interesse era o controle do corpo feminino, e que a coação realizada por esses profissionais em forma de VO não é a colaboração e sim sua submissão<sup>S7,S14,L4</sup>.

Mesmo em países considerados com maior igualdade social na Europa, como é o caso da Suécia, a mulher em trabalho de parto encontra-se vulnerável e exposta, sendo submetidas ao tratamento médico sem serem solicitadas ou consentidas, revelando que nessa ocasião quem é o protagonista é a equipe de saúde e não a mulher<sup>P20</sup>. No Brasil, país com acentuada desigualdade social, essa autonomia feminina é marcada pela necessidade de um parto rápido, sem respeito a essa autonomia, maiores ocorrências de intervenções desnecessárias, baseadas

em práticas sem evidências científicas, acarretando em exposição à violência obstétrica<sup>P16</sup>. Alguns profissionais acreditam que a mulher por ser considerada “pobre” não compreende a sua explicação, deixando assim de dar informações ou tentar explicar de uma maneira mais acessível o procedimento que irá ser feito<sup>P5</sup>.

É importante ressaltar que em 2014, o Ministério da Educação criou uma diretriz sobre a inclusão no currículo das escolas médicas as ciências humanas, a ética, os direitos humanos e o cuidado centrado no paciente<sup>S7</sup>. Trajano reforça que é importante valorizar a presença do profissional enfermeiro, tendo em vista que ele detém do conhecimento em relação ao parto fisiológico, diminuindo as intervenções<sup>S14</sup>.

Contudo, os artigos aqui expostos, reforçam a existência de falhas no cumprimento do que foi proposto, o que correlaciona com os estudos de Diniz, que também traz como uma possível forma de prevenção, duas formas de ações: ações individuais, familiares e comunitárias realizadas na APS, associadas ao pré-natal; e ações em maior escala (social, política e institucional), chamando assim de “prevenção quaternária da violência obstétrica”, ou seja, acredita-se que atuando na atenção básica, através da informação dos seus direitos as mulheres, pode gerar uma conscientização e defesa a VO<sup>S7,L2,L3</sup>. Alguns artigos sugerem mudanças na formação de parteiras e médicos, no qual devem ser abordados temas como: sexualidade, direitos sexuais e reprodutivos, gênero e humanização da assistência, além da capacitação de profissionais já graduados<sup>S2,P11</sup>.

Abordando a resistência a mudanças, profissionais médicos ou diretores de hospitais, opõe-se à judicialização da VO, sua inclusão na formação acadêmica ou mudanças de paradigmas na assistência, reforçando o distanciamento da relação paciente-médico e poder, poder esse retido apenas aos médicos<sup>S7,S14,L5</sup>. Em alguns casos, como no México, a oposição destaca que a punição viola a autonomia médica, e que isso iria gerar uma medicina defensiva, preocupada não com o paciente, mas sim com o temor das consequências jurídicas<sup>L3</sup>. Na Venezuela, a denúncia tinha um impeditivo dos próprios médicos forenses, que não culpavam seus colegas de profissão<sup>L3</sup>.

No Brasil, as discussões sobre VO ainda são escassas, acarretando em uma ausência de definição e leis efetivas. Apesar de encontrarmos mais publicações referente a esse país, em sua grande maioria trazia relatos de experiência profissional (7 de 10 artigos), ocultando assim a visão da parturiente. Porém, alguns ativistas pela humanização do parto estão trabalhando através de estratégias de ciberativismo, veiculando informações que rebatam a VO no âmbito hospitalar<sup>P16</sup>.

Castro, Savage trazem um comentário de uma parturiente sobre a reação de duas enfermeiras na ocasião do parto, onde uma enfermeira solicitou que a mulher descansasse, enquanto a outra a repreendeu dizendo que a paciente era “*boba*” e precisava levantar e andar, enquanto a mulher queixava-se de tontura na hora do banho<sup>P15</sup>. Além dessa menção, a negação da assistência é bastante comum por parte desses profissionais, não levando em consideração ao que a mulher solicita ou se queixa, negando a entrada de acompanhantes em quartos, fazendo expressões de negação quando pedem para subir na maca, acompanhar ao banheiro ou segurar seu bebê<sup>S10,P5,P16,P18</sup>. Beck também relata o caso de uma mãe que escorregou em uma poça de sangue e teve sua episiotomia aberta, a enfermeira apenas pegou 3 toalhas e jogou para a mulher, sem prestar nenhuma assistência<sup>P7</sup>.

As mulheres consideravam essas VO realizadas por médicos, enfermeiras ou parteiras como uma maneira de salvar seus filhos e sem pretensão negativa, fazendo-as se sentirem bem e concluir com sucesso esse período do parto, mas reconhecem que gostariam de serem tratadas com mais empatia. Quando questionadas sobre realizar uma denúncia, a resposta foi “*Somos pessoas pobres. Onde mais podemos ir [para o parto]?*”<sup>P2,P3</sup>. Além disso, um artigo que realizou uma entrevista com mulheres na Tanzânia, mencionou uma estratégia para não ser destrutada por esses profissionais, no qual consiste em passar confiança e familiarização ao local, pois se a mulher demonstrar certa submissão e receio, os profissionais da saúde responsáveis pelo o parto as tratam com desrespeito e desprezo<sup>P10</sup>.

### **Violência Obstétrica e o Ambiente de Ocorrência**

O ambiente de maior ocorrência de VO é o ambiente hospitalar. Poucos artigos associam a forma de VO em um hospital público ou privado, mas pontos importantes são ressaltados, como o reforço da desigualdade social, sendo reveladas a discriminação e preconceito a principalmente VO ao ser captada nesta divisão de setores.

O artigo de Santiago informa que em hospitais privados, profissionais relataram que o excesso de toques vaginais em uma mulher, para ensinar aos estudantes, não pode ser realizado como no público, por isso, existem mais residentes médicos em setores públicos do que privados. O que condiz com os estudos de Castro e Rates que quantifica as práticas dos setores públicos e privados, e revela que em hospitais públicos a prática de exames vaginais são mais frequentes, e no privado a cesariana é mais prevalente<sup>P5 e P17</sup>.

A autopercepção dessas mulheres atendidas em hospitais públicos é de que por não terem condições de pagar por um atendimento em hospital privado merecem receber qualquer tipo de cuidado, mesmo que isso fira os direitos humanos e éticos, não reconhecendo-se como

cidadãos com direitos por serem pobres<sup>P5</sup>. Em contrapartida, gestantes que decidem ter seus filhos em setores privados sentem-se infantilizadas ou anuladas. Os profissionais a tratam no diminutivo como se elas não entendessem o que estava acontecendo<sup>P17</sup>.

Mulheres indianas que resolveram ter seus filhos no setor privado, sofreram repetidas e semelhantes formas de VO com a mesma equipe de atendimento, levando-as a preferir o hospital privado por ter direito a uma cama e quarto individual, ao contrário do que ocorre em hospitais públicos ao redor do mundo, do qual as parturientes são submetidas a dividir o quarto ou dividir a mesma cama, como ocorre em alguns países da África, como em Gana<sup>P19,P15</sup>. Na Nigéria, uma mãe disse que realizaria o pré-natal em hospitais públicos, mas o parto em hospitais privados, outras relataram que trocariam de hospital público para terem seus outros filhos, a fim de obter um cuidado melhor e com menos VO<sup>P2</sup>.

Essa prevalência de cesarianas no setor privado é observada por alguns autores como a interferência do capitalismo nesses setores e o sentimento de incapacidade da mulher em ter um parto vaginal. Essas questões foram tão problemáticas para a saúde materno-infantil que teve uma resposta de ativistas e apoio social para conscientizar as mulheres dessas práticas e do aumento de mortalidade materna<sup>S7,S13,P16</sup>. Outro ponto em relação a cesariana é que em países subdesenvolvidos, como no continente Africano, mesmo com o baixo número deste procedimento, tem a taxa de mortalidade materna mais alta do mundo, ou seja, isso revela que em casos onde a cesariana é necessária para salvar uma mãe, ela não é aplicada corretamente<sup>P11</sup>.

Em ambos os setores, privado ou público, a mulher pode ser vítima desses maus tratos, revelando que o comportamento abusivo do provedor se tornou uma norma não restritiva ao setor público, no qual os profissionais são postos em condições de trabalho de sobrecarga ou precariedade<sup>S6</sup>. Além disso, o hospital tem como protocolo subsumir em um grupo com características iguais, sejam os profissionais com seus jalecos brancos diluindo sua responsabilidade com o paciente, ou os pacientes com vestimentas iguais, desintegrando suas características individuais, e seus nomes, sendo postos apenas a serem chamados por suas condições patológicas<sup>S6,S12,P8</sup>.

Em virtude de situações desagradáveis que passaram, ou puderam passar, no ambiente hospitalar, as mulheres estão decidindo ter seus filhos em seu domicílio, devido a traumas vividos, relatos compartilhados entre amigas e familiares ou ausência de dinheiro para se manter no hospital, como ocorre no Chile, Etiópia e Gana, ou para evitar serem vítimas de extorsões feitas pelos profissionais de saúde em troca de um cuidado digno, como ocorre na Índia. Entretanto, ao optarem por esse meio para terem seu filho, podem sofrer discriminação, sendo chamadas de “atrasados” e resistentes ao desenvolvimento, como ocorre com um grupo

étnico chamado Advasi, uma população nativa da Índia, sem levar em consideração que o ambiente hospitalar pode requerer gastos que vão além da sua renda de trabalho<sup>S15,P8,P9,P17,P18</sup>.

### **Violência Obstétrica e População Afetada**

As formas de VO mais prevalentes são: abuso físico, abuso verbal e psicológico, negligência e abandono, recusa do alívio da dor, violência institucional, violação da privacidade e extorsão. Os artigos evidenciam que essas formas de violência não acontecem separadamente, reiteradamente ocorrem em conjunto de duas formas ou mais e em um mesmo momento, acarretando em traumas físicos e psicológicos que acompanharam a parturiente por toda vida.

Em países subdesenvolvidos, mencionados anteriormente, há questões que envolvem a economia do local e sua fonte de trabalho, podendo ser divididos em áreas urbanas e rurais, além de moradores com diferentes culturas e linguagem distintas, que buscam os locais de saúde para serem tratados com dignidade e evitar as complicações que possam ocorrer durante o parto. Entretanto, devido a má distribuição econômica desses países, problemas como: hospitais superlotados, escassez de recursos e funcionários, faz com que as parturientes estejam suscetíveis a formas de violência citadas no texto como: abuso físico; abuso verbal e psicológico; discriminação e preconceito e falta de comunicação, violências essas que abrangem um setor social, mas que se refletem dentro dos hospitais. Isso não descarta as outras violências que são compatíveis ao ambiente hospitalar, como: violência institucional, violação da autonomia, violação da privacidade e recusa do alívio da dor<sup>S3,S5,S8,P1,P2,P13</sup>.

O **abuso físico** na hora do parto tem sua prevalência em países subdesenvolvidos. Mulheres são submetidas a tapas, beliscões, posições que causam desconforto para realização de exames, tudo isso somado à **recusa do alívio da dor; abuso verbal e psicológico**; e a falta de informações sobre o andamento do parto ou explicações para realização de tais procedimentos<sup>S9,P2,P3,P4,L5</sup>. Alguns estudos associaram a **violência institucional**, ou seja, procedimentos desnecessários, ao abuso físico, como várias tentativas de punção ou administração de anestesia, episiotomia sem anestesia e repetição de exames pélvicos, conhecidos como toques vaginais, sem cuidado e explicação<sup>P5,S14</sup>.

Em regiões do continente africano, enfermeiras e parteiras utilizam da VO para que haja submissão das mulheres para realizar seus comandos, principalmente no momento de período expulsivo, no qual a mulher necessita realizar força<sup>S8,P1,P6</sup>. Isso fazia com que mulheres associassem tais agressões ao sentimento de se sentirem abusadas sexualmente (**abuso sexual**), já que em sua maioria, tais intervenções eram de tamanha exposição a muitos profissionais e

estudantes, principalmente do sexo masculino, no qual apenas a observava em um papel considerado por elas humilhante e sem acolhimento<sup>P7</sup>.

Em alguns relatos, o **abuso verbal** mencionado tinha uma conotação sexual, sobre o porque ela levou aquela gestação em diante, além de ter sentido prazer na concepção e naquele momento se queixava de dor<sup>P11,L5</sup>. No artigo de Mayra, ela cita situações interessantes como o acolhimento de um profissional, **ao encostar suas mãos no ombro da paciente. transmitiu calma em um momento de ansiedade;** porém, a presença masculina causava desconforto no ambiente hospitalar, devido à cultura local, fazendo com que abram mão da presença do marido no parto<sup>P19</sup>. Outras falas associadas as condições da mulher também são notadas principalmente em países subdesenvolvidos, no qual, a discriminação e o preconceito com mulheres pobres que buscam o serviço de saúde pública para receberem um atendimento comum a todos e sem distinção, não ocorre com elas, principalmente, se elas forem portadoras de doenças físicas ou imunológicas, como ocorre com mães portadoras de HIV em um estudo na Nigéria<sup>S8,P4,P14</sup>.

No texto de Perera as ameaças eram feitas em tom de culpabilização da mulher por parte de enfermeiras ao dizerem que a parturiente era uma “dor de cabeça”, mesmo sem ter feito nada<sup>P3</sup>. Contudo, no estudo de Orpin, Puthussery, Davidson, Burden uma mulher cita “As enfermeiras vão gritar com vocês como se não fôssemos seres humanos”<sup>P2</sup>, o que condiz com os estudos que correlacionam a desumanização durante a formação acadêmica mencionada anteriormente<sup>S7,L3</sup>.

Sobre a **negligência e abandono**, Annborn e Finnbogadóttir traz relatos sobre mães suecas. Destaco a seguinte frase: “É uma pena, porque nossa segurança está com as parteiras e os médicos, mas nenhum deles tinha sentimentos.”<sup>P20</sup>. O artigo de Lappeman reforça que o sentimento no qual a parturiente percebe e o que o profissional sente é verídico quando um Obstetra diz que “[...] *estuda para se tornar um médico, você aprende a ser um médico, mas infelizmente você não aprende a ser um ser humano.*”<sup>S10</sup>.

Outros artigos ressaltam que além da negligência, existem a imprudência e imperícia, no qual tiram a culpa de si, profissionais, e as colocam na estrutura física local, como a alta carga de pacientes, falta de infraestrutura e equipamentos adequados, falta de médicos treinados ou hospital que só atendem casos de alta complexidade, colocando-os em situações de estresse e desgaste emocional<sup>P4,P8</sup>. A mulher também pode ser culpabilizada de acordo com os profissionais devido às morbidades prévias à gestação, acesso inadequado à assistência pré natal, falta de rede de apoio à parturiente e ameaças de abandono, seguidos por abuso verbal e violência institucional por parte dos profissionais é constantemente notado por elas, o que piora se a mulher for portadora de deficiência física<sup>S14,S15,P18</sup>.

**Comentado [3]:** Patrícia - estava escrito "toque agradável", mas no parágrafo anterior nos referimos ao toque como um abuso sexual

A **violação da privacidade** relatada em alguns artigos são sobre informações e debates compartilhados na frente da paciente, exposição de seus corpos nus dentro do quarto e durante o transporte<sup>S4-S6;P11,P13-P16,P18,P19;L3,L4</sup>. Freedman diz que “Com a adição posterior de cortinas colocadas entre os leitos, a enfermaria começou a mudar de um espaço totalmente aberto dominado pelo trabalho do prestador de serviços e rotinas sociais para um com espaços protegidos individualizados para os pacientes”<sup>S8</sup>.

A **extorsão** é mais comum na Índia, e é uma moeda de troca de cuidado recebendo o nome de “dinheiro da felicidade”, no qual os profissionais, sejam da saúde ou não, se apropriam da sua fé e exigem uma determinada quantia, retendo até mesmo o bebe no local até conseguir o valor devido<sup>P19</sup>.

Com relação a quantificação das formas de VO encontradas nos artigos, apenas 2 artigos citaram 1 forma de VO que destacam questões importantes<sup>S10,S15</sup>. O artigo de Lappeman (2019) pontuou negligência como a VO observada no local devido ao ambiente ser totalmente “silencioso”. Esse fator bastante curioso enfatiza que apesar das atitudes negativas não serem discutidas ou comentadas dentro do hospital, não significam que elas não existam, pelo contrário, é uma forma de negligência e silenciamento de ambas as partes, os profissionais e as parturientes, fazendo-os não se sentirem conectados uns com os outros devido a barreira de comunicação, o que torna a assistência totalmente técnica deixando o olhar holístico de lado<sup>S10</sup>.

Já o artigo de Rodrigues destacou apenas a violência institucional, que foca em intervenções consideradas desnecessárias como “administração de ocitocina” e “manobra de kristeller”, como citadas no texto, além de questões relacionadas a assistência, dando ênfase em melhorias como “capacitação dos profissionais; protocolo de comunicação; processo de trabalho qualificado; cuidado centrado na mulher;[...] recursos apropriados; manutenção de equipamentos e quantidade de pessoal suficiente à demanda de cuidados”<sup>S15</sup>.

Em contrapartida, apenas 1 artigo de RPF pontuou 9 tipos de violência, dentre elas: abuso físico, abuso verbal e psicológico, estigma e preconceito, negligência e abandono, violação da privacidade, falta de comunicação, violência institucional, recusa do alívio da dor e violação da autonomia<sup>S11</sup>. Este artigo tem como protagonista Residentes de enfermagem, no qual lança um olhar crítico e fresco de informações sobre as atitudes daqueles profissionais atuantes há anos na área e no ambiente hospitalar, o que pode nos revelar que a enfermagem consegue encontrar um certo equilíbrio entre o conhecimento técnico-científico e humanístico, o que se conecta com outro texto de RPF que tem como base relatos de Residentes de enfermagem, Residentes de medicina, enfermeiros obstetras e ginecologistas obstetras, no qual

cita que os profissionais de medicina são mais resistentes a mudanças na assistência ao parto, fazendo-os considerar mais a técnica do que a singularidade do indivíduo<sup>S14</sup>.

### **LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Por se tratar de um tema mais atual, poucos artigos abordando a temática são encontrados, todavia o Brasil é o país com mais artigos publicados mencionando VO, onde a maioria traz a visão dos profissionais e não da parturiente, além da baixa pesquisa de campo. Essa resistência por parte dos profissionais acaba dificultando novas pesquisas para um maior aprimoramento e regressão dessa violência, como a formulação de um conceito e leis a nível nacional para ouvir as vítimas e punir os responsáveis. Não devemos excluir que o fator estrutural do local é bastante relevante ao observar em nível mundial, ou seja, a violência obstétrica é multifatorial e para combatê-la necessita da união de muitos setores, é complexo, mas não impossível. Estudos envolvendo mais pesquisas de campos seriam excelentes para uma maior análise.

### **CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM NA ÁREA DA SAÚDE DA MULHER**

Os resultados encontrados apontaram o profissional enfermeiro sendo um dos mais mencionados na atuação de VO. Da mesma maneira, os textos reforçam que esta profissão carrega um olhar mais empático e humanístico, que possui os conhecimentos adequados para respeitar o processo fisiológico do parto. Somado a isso, com o avanço da tecnologia, mulheres estão se informando quanto ao tema em questão, compartilhando suas experiências e buscando os seus direitos através das redes sociais ou pesquisas da internet, acarretando no empoderamento e segurança das mesmas. Deve-se resgatar as qualidades e princípios que a profissão da área da saúde carrega, mas que foram perdidas durante os anos de hospitalização, para assim respeitar a autonomia e reduzir a ocorrência de VO.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se inferir que a violência obstétrica transcende os atos que violam o corpo físico e mental das parturientes, ressalta também questões sociais que atravessam o ambiente hospitalar, levando a experiências traumáticas e submetendo-as a buscar meios para contornar essa situação. Entretanto, com o avanço do mundo, e principalmente da tecnologia, o empoderamento destas mulheres surge como apoio ao combate desses maus tratos em um momento tão sonhado e cheio de expectativas, como o parto, retomando novamente o lugar de sujeito e não mais de objetos terapêuticos.

A minimização de situações de VO através da efetivação de políticas públicas e capacitações profissionais estão presentes em nosso mundo, porém, fica aqui o questionamento: o que falta para que esses casos de fato diminuam cada dia mais? O ambiente, a formação acadêmica e o trabalho desses profissionais são fatores de risco que propiciam essas situações, cabendo a todos estarem dispostos a debaterem e a combaterem.

A busca pelo controle, seja do parto, ou da culpabilização da violência obstétrica, atrapalha a autoconscientização de médicos, enfermeiros, parteiras, entre outros, o que por sua vez os impede de estarem abertos e dispostos a mudanças prejudicando apenas uma pessoa, aquela que vivencia a situação de violência.

## REFERÊNCIAS

1. Carregal FAS, Schreck RSC, Santos FBO, Peres MAA. Resgate histórico dos avanços da Enfermagem Obstétrica brasileira. *Hist enferm Rev eletrônica*, 11(2):123-32, 2020. Disponível em: <<https://publicacoes.abennacional.org.br/ojs/index.php/here/article/view/86>> Acesso em: 25 jun. 2022
2. Sena CD, Santos TCS, Carvalho CMF, Sá ACM, & Paixão GPN. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Rev Enferm UFSM* 2(3):523-529, Set/Dez 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.5902/217976923365>> Acesso em: 25 jun. 2022
3. SALA VVV. "La enfermedad normal": Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *Sex., salud soc.* (Rio J.), 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.06.a> > Acesso em: 14 nov. 2022
4. Menezes FR, Reis GM, Sales AAS, Jardim DMB, Lopes TC. O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições. *Interface (Botucatu, Online)* 24: e180664, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/Interface.180664> > Acesso em: 14 nov. 2022
5. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2013. Disponível em:<[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)> Acesso em: 30 abr. 2022
6. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto: humanização do pré-natal ao nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 30 abr. 2022
7. Diniz CSG, Rattner D, d'Oliveira AFPL, Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters*, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>> Acesso em: 20 nov. 2022
8. Veloso ACF, Rodrigues LSS, Barros PG, Gomes RRT, Santos AS, Oliveira HMS. Atuação dos profissionais de saúde e o processo de humanização no centro obstétrico. *Nursing (São Paulo)*, set. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i268p4570-4579>> Acesso em: 21 nov. 2022
9. Sen G, Reddy B, Iyer A. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters* 26:53, 6-18, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1508173>> Acesso em: 20 nov. 2022
10. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA. Women in pregnancy, delivery, and postpartum: a look from the feminist. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 37(1):142-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4981>> Acesso em: 14 nov. 2022

11. Zampas C, Amin A, O'Hanlon L, Bjerregaard A, Mehrtash H, Khosla R, Tunçalp Ö. Operationalizing a Human Rights-Based Approach to Address Mistreatment against Women during Childbirth. *Health Hum Rights* 22(1):251-264, Jun 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348458/>> Acesso em: 14 nov. 2022
12. Lappeman, M, Swartz, L. Rethinking obstetric violence and the "neglect of neglect": the silence of a labour ward milieu in a South African district hospital. *BMC Int Health Hum Rights* 19, 30 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12914-019-0218-2>> Acesso em: 14 nov. 2022
13. Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA. Women in pregnancy, delivery, and postpartum: a look from the feminist. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 37(1):142-7, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4981>> Acesso em: 14 nov. 2022
14. Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery*, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103212>> Acesso em: 14 nov. 2022
15. DATASUS. TABNET WIN 32 3.0: Nascidos vivos - Brasil. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>>. Acesso em: 08 jun. 2023.
16. OMS, 2015. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf)> Acesso em: 08 jun 2023
17. Souza SV, Scheid AO. Percepções de doulas naturólogas sobre gestação, parto e puerpério doulas. *Cad Naturol Terap Complem*, vol 3, n 4, 2014. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/879113/2041-5503-1-pb.pdf>> Acesso em: 21 mar 2023
18. Martins AC; Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev. dor* 17 (3) 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/dor/a/tgYkjrZLZ3MQxmpmknYRbgk/?lang=en>> Acesso em: 13 mar 2023
19. Cardoso, FJC; Costa, ACM; Almeida, MM; Santos, TS; Oliveira, FBM. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Rev. enferm. UFPE on line* ; 11(9): 3346-3353, set. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/110232/22159>> Acesso em: 20 mar. 2023
20. Trajano AR, BarretoEA. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface (Botucatu, Online)*, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.200689>> Acesso em: 14 nov. 2022
21. Rodrigues GT, Pereira ALF, Pessanha PSA, Penna LHG. Incidentes na assistência das parturientes e recém-nascidos: perspectivas das enfermeiras e médicos. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0075>> Acesso em: 14 nov. 2022
22. Pauletti JM, Ribeiro JP, Soares MC. Violência obstétrica: manifestações postadas em grupos virtuais no Facebook. *Enfermeria (Montev.)* vol.9 no.1, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2145>> Acesso em: 14 nov. 2022
23. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-384, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000300019](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000300019)> Acesso em: 21 mar 2023
24. BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº N° 7.867, DE 2017. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=node0s2zxh2jth11spa4ooosib4zt9132837.node0?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=node0s2zxh2jth11spa4ooosib4zt9132837.node0?codteor=1574562&filename=Avulso+-PL+7867/2017)> Acesso em: 15 jun. 2023.
25. BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº N° 2082, DE 2022. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para tipificar a

- violência obstétrica como crime e estabelecer procedimentos para sua prevenção. Câmara dos Deputados, 2022. Disponível em: <[https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9189190&ts=1683728368917&disposition=inline&\\_gl=1\\*135en2z\\*\\_ga\\*MTY0MDY1Mjg5LjE2ODY4NjE5Njc.\\*\\_ga\\_CW3ZH25XMK\\*MTY4Njg2MTk2Ny4xLjE5MTY4Njg2MTk3OC4wLjAuMA](https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=9189190&ts=1683728368917&disposition=inline&_gl=1*135en2z*_ga*MTY0MDY1Mjg5LjE2ODY4NjE5Njc.*_ga_CW3ZH25XMK*MTY4Njg2MTk2Ny4xLjE5MTY4Njg2MTk3OC4wLjAuMA)> Acesso em: 20 nov. 2022.
26. BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº N° 422/23, DE 2022. Dispõe sobre a violência obstétrica, e sobre o dever dos diversos Poderes dos entes da Federação de promover políticas públicas integradas para a sua prevenção e repressão, alterando a Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: <[https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra?codteor=2234455](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2234455)> Acesso em: 15 jun. 2023.
27. Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, 2007.
28. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm 17(4): 758-64. Florianópolis, Out-Dez 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>> Acesso em: 30 abril 2022
29. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. Texto & Contexto Enfermagem v. 28: e20170204, 2019. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>> Acesso em: 30 abril 2022
30. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein 8 (1 Pt 1):102-6, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>> Acesso em: 30 abril 2022
31. PRISMA-P GROUP. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015: elaboration and explanation. BMJ, 2 jan. 2015. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g7647.full.pdf>> Acesso em: 22 nov. 2022