REVISTA SAÚDE DOS VALES

ISSN: 2674-8584 Edição Extra- 2023

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: O ABISMO ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA MÉDICA NO BRASIL

Nicole Maria Brandão Soares;
Ivana Vilela Kalil;
Stella Monteiro Azevedo;
Michelle Paz Araújo

RESUMO:

O momento do parto constitui um momento único na vida da mulher, é um momento que gera grandes expectativas, emoções e transformações. Por esse motivo, a mulher deve ser acolhida e protegida pelos profissionais que a assiste. No entanto, em muitas maternidades isso não acontece. Inseridas em uma realidade cruel, essas mães são violentadas e perdem a sua autonomia. Dessa forma, o momento que deveria ser único e sublime, é muitas vezes, traumático. Essa revisão de literatura identifica os tipos de violência obstétrica nas interfaces da assistência à saúde, como são as práticas descritas na literatura e como elas realmente são adotadas pelos profissionais de saúde, identificando o abismo entre essas duas esferas. Além disso, identificamos as principais mudanças que devem ocorrer para que a situação atual se modifique e que sejam ofertados serviços humanos e de qualidade as gestantes.

PALAVRAS-CHAVE:

Violência contra a mulher, parto obstétrico, guia de prática clínica

INTRODUÇÃO:

Para entendermos o que é a violência obstétrica, é necessário primeiramente trazer à luz o conceito de violência. Segundo Aurélio, juridicamente, violência é o constrangimento físico ou moral exercido sobre alguém, obrigando-o a fazer o que lhe é imposto.**1.** Já para a Organização Mundial de Saúde – OMS, violência constitui qualquer ação que tenha o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra o outro ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em qualquer dano psicológico,

deficiência, lesão, morte, desenvolvimento prejudicado ou privação.

Quando restringimos ainda mais a violência para aquela que ocorre durante o processo de parto, a OMS a define como qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos

físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja em vida pública ou privada. **2**

Em suma, a violência contra a mulher compreende atos ou conduta baseada no gênero, resultando morte, dano ou sofrimento. A partir de tal ótica, constitui uma tarefa dispendiosa, definir pontualmente a violência obstétrica, já que muitas são as definições. Há uma diversidade de atos que correspondem a situações de violências obstétricas sendo que todas se caracterizam por desrespeito e abuso aos direitos da pessoa humana. **3**

Por fim, embora no Brasil, não se tenha lei específica para a violência obstétrica a Lei 11.108/2005 garante às parturientes o direito à presença de acompanhante; a Lei 11.634/07 dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, juntamente com a legislação genérica estadual, como a Lei 17.097/17 de Santa Catarina e a Lei 23.175/18, do Estado de Minas Gerais que garante o atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento. **4**

OBJETIVO:

Comparar as divergências entre a teoria da assistência ao parto e a prática médica que pode resultar na violência obstétrica.

METODOLOGIA:

O artigo em questão trata-se de uma revisão da literatura. Foi realizada uma pesquisa por meio da plataforma de dados Scielo no mês de Setembro de 2020. Foram usados os descritores: Violência obstétrica AND Brasil AND prática médica, na sequência em que foram citados. Foram encontrados 88, 36, 4 artigos respectivamente. Foi realizada uma leitura completa desses 4 artigos que foram utilizados como base. Para abordar o tema plano de parto, foi realizada uma nova busca com os descritores Plano de parto AND Brasil. Foram encontrados 57 e 17 artigos respectivamente. Foi excluído aqueles inferiores ao ano de 2015 finalizando a amostra com 5 artigos que norteou o artigo a respeito desse tema. Por fim, para análise de caracterização da violência obstétrica, suas causas e estatisticas foi iniciada uma busca na base de dados sciELO e VGL os descritores usados foram violência contra a mulher AND parto obstétrico, no total foram

encontradas 861, 234 publicações. Nesse processo foram selecionados 16 textos que efetivamente respondessem à questão de interesse e que apresentaram adequação quanto a metodologia e discussão consistente do tema proposto. No total 25 artigos nortearam a base de dados do artigo em questão

DESENVOLVIMENTO:

REVISTA SAÚDE DOS VALES

A violência obstétrica nas maternidades é um tema recente, entretanto, sempre foi registrado momentos ao longo da história em que mulheres sofreram violência. Contudo, esse sofrimento por muito tempo foi negligenciado e tido como normal. A principal fonte de composição do conceito vem da Lei Orgânica dos Direitos da Mulher a uma Vida Livre de Violência, aprovada em novembro de 2006 na Venezuela, que se tornou o primeiro país a promulgar uma lei que caracteriza a VO como de apropriação dos processos corporais e reprodutivos pelos profissionais de saúde. No Brasil, a discussão desse tema iniciou em trabalhos feministas que em 1980 encontaram com o apoio de profissionais da saúde. **5** Mas somente a partir da década de 1990 o tema tornou-se mais promissor e então a partir do ano 2.000 ganhou a devida visibilidade.

Após diversos relatos lamentáveis, surgiu a necessidade de organizar uma assistência mais completa e que levasse em consideração a vontade das mulheres durante todo o processo e por esse motivo, criou-se o plano de parto. Por plano de parto entende-se como uma forma de comunicação entre a mulher e todos os profissionais de saúde que oferecerão assistência durante o trabalho de parto. **6** Trata-se de como a gestante prefere que seja manejado esse período incluindo os cuidados do seu filho nas primeiras horas, bem como quais as situações e procedimentos que ela gostaria de evitar, caso seja possível. Dessa forma, o plano de parto tem como objetivo assegurar atendimento respeitoso; manter a privacidade e a confidencialidade.**7** Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde – OMS, traz novas recomendações sobre os cuidados necessários durante todo o processo do parto. Dentre essas recomendações, inclui-se aquelas com intuito de reduzir intervenções médicas desnecessárias, como a contraindicação da aceleração do trabalho de parto vigência de uma dilatação cervical mais lenta. **8**

No plano de parto devem ser acordados algumas preferências da gestante, tais como: local de parto escolhido, quem é o acompanhante (garantido por Lei Federal n. 11.108 de 2005), se será atendida pelo plantonista ou equipe contratada de escolha, qual o desejo em relação às intervenções no trabalho de parto como: tricotomia, enema, episiotomia, soro com ocitocina ou outros hormônios de indução. Bem como o desejo quanto aos aspectos mais pessoais como iluminação ambiente, músicas, uso de roupas específicas. Cabe ressaltar a paciente que o plano de parto não será necessariamente seguido à risca, uma vez que intercorrências acontecem sem que se possa prever. **9**

Refletindo mais sobre as raízes da VO, seus sujeitos, atores e possíveis justificativas, diferentes

visões são observadas: Possíveis explicações para sua ocorrência são levantadas pelos autores, a partir de uma análise inicial da existência de um grupo de mulheres mais vulnerável. Este grupo é formado por mulheres negras, ou pertencentes a minorias étnicas, adolescentes, com baixa renda e baixa escolaridade, usuárias de drogas, mulheres em situação de rua, mulheres sem pré-natal e sem acompanhante na hora do atendimento **10**. Além do estabelecimento de um grupo mais exposto, os autores mencionam uma relação

profunda entre a representação ideológica. A imagem culturalmente consolidada da mulher como reprodutiva, submissa e moralmente inferior abre um precedente para a dominação, controle, abusos e coerção de seus corpos e de sua sexualidade, entrelaçados por questões discriminatórias. Nessa concepção de gênero, as mulheres são objetivadas, rotuladas e anulada. **11**

Uma análise sobre os autores das violências, os artigos selecionados nas bases de dados apontam que os profissionais de saúde, em sua maioria médicos, são os responsáveis pela violência, e a causa se dá a partir de seus conhecimentos técnico-cientificos, por relações hierárquicas e desiguais de poder e autoridade. **11 , 12** A relação de confiança entre mulheres e profissionais de saúde é rompida, gerando fragilização dos vínculos existentes e perda da singularidade e subjetividade humanas. Outra explicação comumente dada pelos profissionais na tentativa de "justificar" o cenário violento da assistência obstétrica baseia-se em elementos como sobrecarga de trabalho, escassez de recursos humanos, desgaste físico e mental dos profissionais, precariedade das condições de atendimento e falta de infraestrutura adequada nas instituições. **11, 13** Esses problemas em conjunto geram ambientes estressantes e desqualificados, favoráveis à ocorrência dos diferentes tipos de VO, culminando na falta de comprometimento dos profissionais de saúde, que também se sentem violados por condições inadequadas de trabalho. Movidos por um sentimento de impunidade e passividade, os profissionais de saúde perpetuam as práticas violentas durante a assistência obstétrica, substituindo as relações éticas por cuidados desumanos, altamente tecnológicos e invasivos. **14**

Outro ponto importante para a persistência de atos violentos na assistência obstétrica é o desconhecimento das mulheres sobre seus direitos sexuais e reprodutivos. Na realidade, as mulheres não conseguem perceber se sofreram ou não atos violentos porque confiam nos cuidadores e também pela própria fragilidade física e emocional que os processos obstétricos acarretam. Acabam aceitando procedimentos sem nenhum questionamento, não expressam seus desejos, suas dúvidas e sofrem em silêncio sem saber que foram violados. Essa passividade permite a imposição autoritária de normas depreciativas e valores morais por profissionais da saúde que, mais uma vez, julgam o que é melhor para o paciente, colocando-o em situação de impotência.

Diante esse cenário supracitado, como consequência, cada vez mais as gestantes têm sido institucionalizadas, medicalizadas e submetidas a intervenções desnecessárias. Nesse contexto assistencial, mulheres passam a ser elementos secundários no cenário do parto e inseridas em um ambiente controlado e envolto por protocolos**. 10** Segundo dados da OMS, as queixas de violências obstétricas têm sido

relatadas em todo o mundo. É frequente observar em salas de parto, mulheres seminuas na presença de estranhos, sozinhas em ambiente hostis, em posição de submissão e rotineiramente separada de seus filhos após o nascimento. **12**

No Brasil, ainda encontramos um abismo quando comparamos a teoria e a prática medica. Em 2017 o governo brasileiro publicou uma edição sobre as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto **13** que em teoria exemplifica os passos a serem seguidos para fornecer as gestantes uma assistência de qualidade e humana. Na abordagem ideal a assistência se inicia muito antes do parto em si, é preciso definir junto a paciente o locar de assistência ao parto, pois é onde que ela criará um vínculo e deverá recorrer mediante a qualquer intercorrência. A maternidade na qual a paciente tenha o desejo dar à luz, informando a possibilidade de visita para conhecer o local e a mudança de escolha mediante desejo. E por fim a via de parto, sempre deixando claro os benefícios da via normal tanto para a mãe quanto para o filho e os riscos da via cesariana, ressaltando que, no entanto, esse plano pode ser modificado em caso de intercorrências durante o processo.

Os cuidados durante o trabalho de parto se perpetuam por uma relação médico-paciente de confiança e respeitosa, com acesso amplo a informações e a possibilidade de sempre expressar seus desejos e expectativas para serem inclusos no plano de decisões. **14** Para que essa relação seja fortalecida, o médico deve sempre explicar tudo que vai ser realizado para a paciente, expressar confiança e tranquilidade durante aquele momento de expectativa para a mãe e sanar quaisquer dúvidas que possam surgir durante o processo.

Um dos momentos mais críticos da assistência ao parto é a experiência de dor extrema, que em alguns casos, pode gerar um trauma psicológico. Com o objetivo de reduzir a má experiência nesse momento, toda gestante tem direito a um acompanhante que lhe oferecerá suporte e apoio. Além disso, toda gestante deve se sentir livre para escolher a técnica de analgesia desde que, essa decisão não traga prejuízos para ela ou para a criança. **14**

Durante o período expulsivo, a gestante pode adotar a posição que mais lhe oferece conforto. Para isso, o profissional assistente deverá ensinar para a gestante todas as possibilidades. No ocidente, a maioria das mulheres realiza o parto em decúbito dorsal, entretanto, **15** as posições verticais e lateral, estão relacionadas com a redução do segundo período do parto, bem como o número de partos operatórios e alterações na frequência cardíaca fetal **16** No entanto, mesmo quando todo plano de parto planejado pela gestante é seguido, complicações podem ocorrer. Contudo, isso não isenta o médico assistente de informar a paciente sobre o tudo que deverá ser realizado.

Contrário ao que o ministério da saúde preza, a episiotomia vem sendo amplamente utilizada durante o

parto como justificativa para redução do risco de laceração perineais e disfunções do assoalho pélvico. Todavia, além de não apresentar benefícios, esse procedimento tem efeitos adversos comuns, podendo trazer maiores problemas para a gestante no pós-parto. Dessa forma, a realização da mesma deve ser avaliada e aplicada em casos seletivos **17**

As práticas anteriormente descritas, se referem as diretrizes para um parto humano que na teoria deveria seguido por todos os profissionais da saúde. Entretanto, na prática, esse cenário muitas vezes é o oposto. No Brasil, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde de 2015, cerca de 56% dos partos realizados foram cesarianas. Número esse, considerado alarmante pela Organização mundial de saúde que, considera que idealmente o número desse tipo de parto deveria variar entre 10%-15%. No mesmo passo, estudos que abordaram as intervenções durante o parto demonstrou que dos partos normais realizados, 56% foi realizado a episiotomia, número esse considerado excessivo e sem respaldo cientifico. **18** Todos os dados levantados acima, são classificados pela OMS como tipos de violência obstétrica, subdividida em cinco principais categorias: 1. Intervenções e medicalização desnecessária, 2. Abuso, humilhação e agressão verbal ou física, 3. Falta de aparelhagem adequada 4. Práticas realizadas pelo profissional de saúde sem autorização da mãe e, 5. Descriminação por quaisquer motivos. **19**

Uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo, demonstrou que uma entre quatro mulheres sofrem algum tipo de violência durante o parto ainda que silenciosas, e que apenas 26% dos recém nascidos vivos, tiveram o contato pele a pele da mão logo após o nascimento. Por conseguinte, na pesquisa realizada pelo Nascer no Brasil que abordou 23.940 puérperas, foi identificado diversas situações fora do padrão. Mais da metade das mulheres tiveram o procedimento da episiotomia realizado, 40% receberam infusão de ocitocina para aceleração do trabalho de parto e 37% foram submetidas a manobra de Kristeller. **20**

Desse modo, a principal crítica construída em relação a todo o processo decorre da má pratica médica, da falta de empatia no momento do parto e a transformação do nascimento em um momento patológico necessitando cada vez mais de hospitalização e intervenções. **21** Alguns autores ressaltam a importância de mudanças profundas no modelo de formação de recursos humanos na área da saúde, tanto na graduação quanto na pós-graduação. Temas como direitos sexuais e reprodutivos da mulher, relações de gênero, código de ética, assistência fisiológica ao parto e nascimento, humanização da assistência obstétrica, ensino da prática baseada em evidências devem fazer parte do cotidiano acadêmico dos futuros profissionais, suscitando reflexões sobre o contexto atual e sobre quais mudanças são necessárias para a construção de uma assistência respeitosa, humana e integral 18 , 29 .

Outro ponto importante destacado pelos autores refere-se aos investimentos necessários para a formação de enfermeiras obstétricas e obstetras que auxiliem nos partos fisiológicos e afetem positivamente a redução de iatrogenias, a promoção do parto humanizado e a redução de cesáreas desnecessárias .Nas ações que visam a sensibilização da população em geral sobre a temática da OV, é fundamental dar

visibilidade à problemática com a criação de canais de denúncia e responsabilização dos diferentes atores envolvidos - instituições, gestores, profissionais de saúde, Ministério Público e Defensores Públicos. **22** Nos últimos anos, iniciativas relacionadas a movimentos de mulheres, organizações governamentais e não governamentais e sociedade civil têm contribuído para a ampla discussão desse fenômeno e a criação de estratégias de denúncia, enfrentamento e punição dos responsáveis por tais atos, ressaltando a

necessidade de que estes os grupos se envolvem nas decisões que precisam ser tomadas na luta pelo fim das diversas formas de violência . **23**

Deve-se buscar a criação de leis, portarias e políticas públicas de proteção à mulher contra a OV, reconhecendo seu direito à assistência sem violência e à autonomia sobre seu corpo. É preciso lutar para que as entidades judiciárias considerem o VO como um delito com atribuição de penas, que podem variar desde o pagamento de multas, processos disciplinares até condenações de prisão até o julgamento dos atos cometidos pelos autores. O enfrentamento da OV depende da divulgação de informações à sociedade civil, mulheres, movimentos sociais, profissionais de saúde, instituições sobre a existência dessas regulamentações e as repercussões jurídicas da prática da violência no cenário obstétrico. **24**

Não basta, porém, punir os perpetradores; é necessário promover ações de prevenção e, em alguns casos, de reparação de situações existentes em busca de uma assistência obstétrica respeitosa e digna que promova a mudança, bem como a partilha de responsabilidades entre todos os envolvidos no processo, nomeadamente, profissionais de saúde e gerentes de serviço. **25**

CONCLUSÃO:

É notável que existe uma grande divergência entre a teoria e a boa prática na assistência médica, dentre elas podemos ressaltar o não estabelecimento de uma relação médico- paciente, a não realização de um plano de parto, bem como a realização de interferências sem o conhecimento prévio da paciente, as quais são de fundamental importância e estão presente no manual de boas práticas médicas em obstetrícia. Além disso, temos fatores não modificáveis como escolaridade, raça e poder econômico que favorecem a discrepância entre o poder medico paciente favorecendo os casos de violência obstétrica.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. DICIONÁRIO Aurélio. Dicionario, 18 out. 2020. Disponível em: https://www.dicio.com.br/violencia/. Acesso em: 18 out. 2020

2. MUNDIAL DA SAÚDE, Organização. Relatório mundial sobre violência e saúde. [S. l.], 2002. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

3. CAMPOS GUIMARÃES, Maisa. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. Psicologia & Sociedade, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/psoc/

v27n2/1807-0310-psoc-27-02-00256.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.

4. LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. [Constituição (2005)]. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. [S. l.: s. n.], 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.108%2C%20DE%207%20DE%20ABRIL%20DE%202005.

&text=Altera%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS. Acesso em: 18 out. 2020.

5. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. Journal tof Human Growth and Developmen, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_19.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.
6. DUDLEY, Deborah. SILENCIO Y COMPLICIDAD: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD EN EL PERÚ. [S. l.], 2000. Disponível em: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2016/07/Silencio-y-Complicidad-Violencia-contra-la-Mujer-en-los-servicios-de-salud-en-el-Peru.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.
7. DA SAÚDE , Ministério. Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher. [S. l.], 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 18 out. 2020.
8. maternity hospitals from the perspective of health workers. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2013 Nov [cited Jun 25, 2017];29(11):2287-96. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf.
9. Felitti K. Without pain you will bring forth children: medical power, gender, and politics in new forms of assisted childbirth in Argentina (1960-1980). Hist Cienc Saude Manguinhos. [Internet]. 2011 Dec [cited Jun 25, 2017];18(suppl.1):113-29. Available from: http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/07.pdf.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. Texto & Contexto Enferm. [Internet]. 2008 Oct [cited Jun 19, 2017];17(4):758-64. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf.
11. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo). [Internet]. 2010 Mar [cited Jun 02, 2017];8(1 Pt 1):102-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice [Internet]. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011 [cited Jun 15 2017]. Available from: http://file.zums.ac.ir/ebook/208-Evidence-Based%20Practice%20in%20Nursing%20&%20Healthcare%20-%20A%20Guide%20to%20Best%20Practice,%20Second%20Edition-Be.pdf.

13. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Venezuela. [Internet]. 2012 Mar [Acceso 5 jul 2017];72(1):4-12. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

14. Terán P, González Blanco M, Ramos D, Castellanos C. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. Rev Obstet Ginecol Venezuela. [Internet]. 2013 [Acceso 27 jun 2017];73(3):171-80. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf.

15. Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Obstetrical violence: profile assistance of a state of São Paulo interior maternity school. Cuid Arte Enferm. [Internet]. 2015 Jan [cited Jun 10, 2017];9(1):18-25. Available from: http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf.

16. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. J Hum Growth Dev. [Internet]. 2015 [cited Jun 2, 2017];25(3):377-84. Available from: http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629.

17. Zacher Dixon L. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. Med Anthropol Q. [Internet]. 2015 Dec [cited Jun 12, 2017];29(4):437-54. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/maq.12174/pdf.

18. Pereira C, Toro J, Domínguez A. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Rev Obstet Ginecol Venezuela. [Internet]. 2015 Jun [Acceso 15 jun 2017];75(2):81-90. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002.

19. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. Acta Obstet Gynecol Scand. [Internet]. 2015 May [cited Jun 8, 2017];94(5):508-17. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/epdf.

20. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Routine behaviors in birth care that constitute obstetrical violence. Utopía y Praxis Latinoamericana. [Internet] 2015 Jan [cited Jun 26, 2017];20(68):113-20. Available from: http://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/19763/19710.

21. Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, et al. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2015 May [cited Jul 15, 2017];15:224. Available from: https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0645-6.

22. Pickles C. Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. SA Crime Quart. [Internet]. 2015 Dec [cited Jul 5, 2017];(54):5-16. Available from: https:// www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746.

23. Silva RLV, Lucena KDT, Deininger LSC, Martins VS, Monteiro ACC, Moura RMA. Obstetrical violence under the look of users. Rev Enferm UFPE On Line. [Internet]. 2016 Dec [cited Jun 8,

REVISTA
SAÚDE DOS VALES