



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA A LUZ DA LITERATURA

SILVA, VANESSA PACHECO DE CARVALHO¹

PAIVA, EVELYN YAMASHITA DE²

RESUMO

O modelo de atenção obstétrico brasileiro vem sofrendo com fortes críticas e questionamentos que visam a busca constante por melhorias na qualidade da assistência materno-neonatal. Os déficits assistenciais ocorridos durante o processo gestacional, parturitivo e puerperal tornam-se marcas indeléveis para a saúde do binômio mãe-filho, caracterizando-se assim como violência obstétrica. O presente estudo tem como objetivo expor a realidade através de relatos de mulheres e profissionais da saúde que vivenciaram a prática de violência obstétrica. Trata-se de uma revisão bibliográfica, realizada através da busca de literatura nas bases de dados BDENF (Base de dados de enfermagem) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe) utilizando o booleano “AND” com os descritores: Enfermagem, Violência obstétrica e Parto Humanizado. Os critérios de inclusão foram, artigos publicados entre os anos 2007 – 2017, em formato de texto completo e na língua portuguesa. Com base na análise dos resultados obtidos pode-se observar a violência obstétrica sendo relatada sob a perspectiva de óticas diferentes, de mulheres que foram vitimadas e dos profissionais da saúde que já presenciaram tais práticas abusivas, entretanto, mesmo sendo vivências diferentes, as verbalizações violentas coincidem. Por serem práticas ainda veladas, poucos relatos foram encontrados. Seis estudos científicos foram incluídos e nestes constavam relatos de vivências de práticas abusivas, frases pejorativas que na grande maioria faziam banalização da dor expressadas pelas mulheres no momento da parturição, causando a elas sentimento de desvalorização e humilhação, além de descaso quanto ao direito de informação sobre procedimentos e ainda realização de procedimentos desnecessários e sem base científica, impactando negativamente na saúde feminina ainda nos dias atuais.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Enfermagem. Parto humanizado.

1 INTRODUÇÃO

¹ Graduanda em Enfermagem - pachecovanessa60w@gmail.com

² Prof^a Mestre Orientadora – evelyn@unirn.edu.br

O modelo de atenção obstétrico brasileiro vem sofrendo com fortes críticas e questionamentos que visam a busca constante por melhorias na qualidade da assistência materno-neonatal. Os déficits assistenciais ocorridos durante o processo gestacional, parturitivo e puerperal tornam-se marcas indeléveis para a saúde do binômio mãe-filho, caracterizando-se assim como violência obstétrica (GOMES; MOURA, 2012).

Segundo Tesser, et al (2015) violência obstétrica é considerada como toda e qualquer ação física, verbal ou comportamental advinda dos profissionais da saúde que estejam prestando assistência a gestante, parturiente ou puérpera que causem dor, sentimento de desvalorização, perda da integridade e autonomia das mulheres.

As inúmeras iniciativas governamentais norteiam o cuidado das mulheres para uma assistência baseada em evidências científicas, humanizada, qualificada e integral, sendo estas expostas a partir de portarias e manuais que servem como base na construção de serviços obstétricos ideais, dentre elas está inserida a Rede Cegonha, que surge em 2011 como uma das iniciativas e estratégias nacionais mais marcantes voltadas para a atenção obstétrica, sendo esta fornecedora de informações de grande relevância tanto ao público feminino assistido quanto aos profissionais que prestam a assistência (BRASIL, 2011).

Concomitantemente aos avanços das políticas nacionais a enfermagem obstétrica se fortalece, enfatizando o respeito pela legislação, sendo esta equipe peça fundamental para aplicação de práticas humanizadas, levando-se em consideração que a assistência prestada as parturientes em grande parte do tempo são advindas desses profissionais (VELHO, et al, 2010).

O interesse pela temática surgiu após a autora ser vítima de violência obstétrica em duas maternidades públicas do município de Natal/RN. Diante da experiência vivida, sente-se então a necessidade de conhecer os direitos das mulheres durante toda a assistência obstétrica.

Há uma grande variedade de iniciativas governamentais a partir dos preceitos do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) para extinguir práticas inadequadas e abusivas durante a assistência ao processo parturitivo, entretanto infelizmente essas práticas ainda acontecem com frequência.

Portanto este trabalho tem o objetivo de expor a realidade através de relatos de mulheres e profissionais da saúde que vivenciaram a prática de violência

obstétrica, afim de servir de reflexão para mudanças dos padrões da assistência obstétrica nacional.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1.1 Alterações Fisiológicas

A gestação, processo fisiológico compreendido com duração média ideal de 38 a 42 semanas, representa um momento ímpar na vida de uma mulher, onde as diversas alterações orgânicas sejam elas físicas e/ou emocionais impactam diretamente nas suas atividades cotidianas como trabalho e estudo, assim como nas suas relações interpessoais (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Nesta fase da vida a mulher vivencia níveis hormonais elevados para adequação do seu corpo afim de viabilizar o crescimento e desenvolvimento fetal adequado. Algumas alterações físicas são facilmente perceptíveis como, aumento das mamas e da circunferência abdominal, mudança na deambulação, aumento de peso, mudança na coloração da pele e mucosas, diurese frequente, além de maior esforço respiratório para exercício das atividades rotineiras (REZENDE; MONTENEGRO, 2011).

Entretanto, os níveis hormonais elevados também propiciam maiores alterações ou transtornos psíquicos, com sintomatologia depressiva e maior irritabilidade, ansiedade, insônia, inapetência e baixa concentração. Os fatores causais para os transtornos psíquicos gravídicos geralmente estão associados aos conflitos familiares e conjugais, não-planejamento da gravidez, baixo suporte familiar e social, condição socioeconômica, e eventos estressantes como doenças e preocupações (VIEIRA; PARIZOTTO, 2013).

Portanto, o gestar não deve ser compreendido como tarefa fácil, nessa fase a mulher necessita de apoio psicológico tanto por parte dos familiares como também um acompanhamento profissional integral, humanizado e holístico para atender suas necessidades físicas e psíquicas durante o processo gravídico puerperal (ANDRADE; AGGIO, 2014).

Cabe então, a equipe multiprofissional a avaliação biopsicossocial individualizada, atentando para a vulnerabilidade das mulheres no enfrentamento das alterações gravídicas, intervindo precocemente afim de minimizar danos, que tardiamente são considerados irreparáveis para a saúde e bem-estar materno-fetal (VIEIRA; PARIZOTTO,2013).

2.1.2 Recomendações OMS

Desde 1985, a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) é que as taxas de realização de cesárea não deve ultrapassar de 15% dos partos realizados (OMS, 2015). Em 2000 a estratégia da OMS foi avaliar a qualidade da assistência obstétrica, propondo assim um indicador denominado de Escore de Bologna (EB). O referido escore é constituído por cinco medidas avaliativas que correspondem a uma boa condução do parto, são elas:

- 1) Presença do acompanhante durante o parto;
- 2) Uso do partograma para avaliação da evolução parturitiva;
- 3) Ausência de procedimentos desnecessários (Uso de ocitocina, fórceps, manobra de kristeller, episiotomia, ou cesariana de emergência);
- 4) Parto em posição não supina;
- 5) Contato pele a pele mãe-bebê nos primeiros 30 min do após o nascimento.

Há atribuição de valores de “0” a “1” para as medidas, sendo “0” ausência do ítem avaliado e “1” presença do item avaliado. E o resultado final dá-se pela somatória da pontuação, tendo seu valor máximo “5”. Entretanto, segundo Oliveira et al (2015) a utilização dessa ferramenta ainda se encontra deficiente observada pela alta frequência de descumprimento de parte das medidas impostas pelo escore.

A OMS ainda publicou em 2015 um documento de avaliação universal para o controle das taxas de cesariana, denominado de Classificação de Robson, que deverá ser implementada por todos os hospitais e maternidades do mundo para que os índices de cesárea sejam constantemente avaliados, buscando prioritariamente adequação para os níveis desejados.

Além dessas iniciativas da OMS ainda dispomos no Brasil de políticas nacionais que visam maximizar a visão de assistência humanizada nos hospitais e maternidades públicas do país.

2.1.3 Recomendações do Ministério da Saúde

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) o parto por via vaginal é o mais saudável para mãe e bebê gerando diversos benefícios para ambos como menor risco de hemorragias e prematuridade.

Devendo este ser estimulado pela equipe de saúde que presta assistência a gestante desde as primeiras consultas de pré-natal (CARVALHO; BRITO,2016).

2.1.3.1 Rede Cegonha – Sistema Único de Saúde (SUS)

A Rede Cegonha implementada em 24 de junho de 2011 através da Portaria nº 1.459 que institui no âmbito do SUS um novo paradigma assistencial obstétrico, desencorajando completamente o modelo e as práticas nacionais vigentes de caráter fortemente biomédico, onde a patologização da parturição toma conta de todo o processo assistencial. Suas propostas e ações visam oferecer assistência humanizada, resolutiva, qualificada e segura privilegiando o bem-estar materno-neonatal, levando em consideração sua constante monitorização e avaliação para aprimoramento da assistência (MARTINELLI; et al, 2014).

A Rede Cegonha tem a finalidade de assegurar a todas as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gestação, parto e puerpério além de fornecer as crianças o direito de assistência integral para seu nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis, sendo esta estruturada com os componentes de pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança além de seu sistema logístico (BRASIL, 2011).

Os manuais do MS afirmam que a rede prioriza o acesso ao pré-natal de qualidade com garantia de acolhimento, avaliação dos riscos, vulnerabilidade, vinculação da gestante a unidade de referência e transporte seguro, para isso a captação da gestante para o acompanhamento do pré-natal deve ser iniciado no primeiro trimestre da gravidez para avaliação dos seus riscos pois, de acordo com o MS os grandes indicadores de morte materna e neonatal estão fortemente ligadas a doenças e complicações preveníveis e/ou tratáveis como hipertensão arterial, infecções geniturinárias e hemorragias (BRASIL, 2011).

Confere-se também a essa mulher o direito a realização de exames com o retorno dos resultados em tempo oportuno, acesso a toda vacinação necessária, ser

assistida em no mínimo 6 consultas, transporte para as que estão com problemas para deslocamento por situação precária e regulação precoce para serviços especializados e maternidades (BRASIL, 2011).

O parto preconizado pelo MS ocorre com transporte seguro e acesso facilitado a vaga nos hospitais e maternidades, evitando assim a peregrinação por leitos e risco de morte materno-fetal, confere também o direito a assistência ativa baseadas em práticas humanizadas e seguras, boa estruturação física institucional e presença do acompanhante em todo processo parturitivo (BRASIL, 2011).

E ao puerpério o MS provê o direito às consultas puerperais na primeira semana após o parto, assim como a promoção do aleitamento materno exclusivo e atenção integral a saúde da criança de 0 a 24 meses, sendo incluído as visitas domiciliares, monitoramento da situação vacinal e alimentar (BRASIL, 2011).

2.1.3.2 Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal

Para maior efetividade e qualidade da assistência obstétrica a portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017 aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao parto Normal, publicando assim um manual norteador para os profissionais envolvidos na assistência (BRASIL, 2017).

As diretrizes são voltadas apenas para partos normais de risco habitual, com intuito de padronizar as práticas, minimizar intervenções desnecessárias do processo e abrir espaço para outros profissionais atuarem de maneira efetiva, viabilizando assim o trabalho de enfermeiras obstetras (BRASIL, 2017).

2.1.4 Escolha da via de parto

A expectativa para a escolha da via de parto é na maioria das vezes acompanhadas pelos sentimentos de ansiedade, angústia e medo das contrações no processo parturitivo (LEGUIZAMON; et al, 2013).

Para a realização do parto por via cirúrgica (cesárea) deve-se haver indicações clínicas consideráveis levando em consideração as possíveis complicações no puerpério imediato, mediato e tardio (CARVALHO; BRITO, 2016).

Entretanto em situações de emergência a cesárea representa-se como o divisor de águas para evitar o óbito materno e fetal (LEGUIZAMON; et al, 2013).

No início da gestação é notório a preferência das mães pela via de parto normal, porém há influências no decorrer da gestação que acaba gerando a substituição pela via cirúrgica como, aumento da circunferência abdominal, medo da dor e opinião de terceiros, sejam estes familiares ou até o próprio obstetra que o indica como melhor decisão (PIRES; et al, 2010).

2.1.5 Assistência a Saúde Feminina

O termo parto humanizado tem se tornado cada vez mais evidente na mídia, através das redes sociais os movimentos feministas buscam o direito de total protagonismo no processo de parturição para a mulher “empoderada” que escolhe como, quando e onde parir (MALHEIROS; et al, 2012).

Entretanto ainda há relato de situações em que esses direitos foram violados sendo assim denominado de violência obstétrica (VO). Considera-se VO como toda e qualquer ação física, verbal ou comportamental advinda dos profissionais de saúde que estejam prestando assistência a gestante/parturiente/puérpera que causem dor, sentimento de desvalorização, perda da integridade e autonomia das mulheres assistidas (TESSER; et al, 2015).

A ótica feminina a respeito da assistência obstétrica brasileira é de que necessitam de sorte para serem bem acolhidas, e não observam a assistência humanizada como um direito que deve ser assegurado pelo Estado e instituições prestadoras de serviços a saúde (GOMES; MOURA, 2012).

2.1.6 Assistência de enfermagem

Nesta perspectiva a enfermagem obstétrica surge como forte elo e facilitador para estruturação e implementação dos serviços com caráter humanitário dentro das instituições de saúde do país (GOMES; MOURA, 2012).

O fortalecimento do exercício da profissão de enfermeira obstetra se consolidou com a lei nº 7.498/86, regulamentada pelo decreto 94.406/87 onde cabe à obstetriz ou especialista em obstetrícia a incumbência de prestar assistência a parturiente e ao parto normal sem distocias, identificar precocemente as distocias, tomar as decisões cabíveis até a chegada do médico obstetra, realizar episiotomia, episiorrafia e administrar de medicações anestésicas quando necessário (VELHO; et al, 2010).

Segundo o MS, a assistência da enfermagem obstétrica deve ser baseada em escuta ativa, diálogo aberto e tratamento humanizado para que se torne integral e resolutiva, prezando sempre pela promoção da autonomia feminina e sua dignificação, que incluem o acolhimento humanizado, incentivo a presença do acompanhante em todo o processo parturitivo, boa ambiência, acesso a informações, realização de procedimentos seguros e eficazes, além do estímulo ao protagonismo inerente a mulher durante o trabalho de parto (SILVA; et al, 2015).

2.2 MÉTODO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, que segundo Marconi e Lakatos (2015) abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico até meios de comunicações orais.

A pesquisa foi realizada através da busca de literatura nas bases de dados BDENF (Base de dados de enfermagem) e LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe) utilizando o booleano “AND” com os seguintes descritores: Enfermagem, Violência obstétrica, Parto Humanizado.

Os critérios de inclusão foram, artigos publicados entre os anos 2007 – 2017, texto em formato completo e na língua portuguesa.

2.3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com os descritores Enfermagem and Violência Obstétrica, na base de dados BDENF foram encontrados nove (9) artigos científicos disponíveis na íntegra, porém apenas dois (2) atendiam aos critérios do estudo. Já na base de dados LILACS foram encontrados dez (10) artigos, entretanto, apenas um (1) atendia ao critério de inclusão da pesquisa.

Com os descritores Enfermagem and Parto humanizado na base de dados BDENF foram encontrados cento e trinta (130) artigos disponíveis, porém apenas dois (2) atendiam aos critérios de inclusão do estudo, com esses mesmos descritores na base de dados LILACS foram disponibilizados cento e trinta e três (133) artigos e apenas um (1) foi incluído no estudo. Com os descritores Enfermagem and Violência obstétrica and Parto humanizado tanto na base de dados BDENF quanto o LILACS disponibilizaram quatro (4) artigos porém nenhum se enquadrou nos critérios de inclusão da pesquisa.

Portanto atenderam aos critérios de inclusão e foram selecionados para este estudo seis (6) artigos científicos.

Quadro 1 – Resultados da pesquisa

AUTOR/ANO	TÍTULO	MÉTODO	RESULTADOS
WOLF,L.R.; WALDOW,V.R.; 2008	Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.	Relato de caso	Estudo aborda depoimentos de mulheres que se sentiram violentadas durante o processo parturitivo. Relatam frases debochadas, toques vaginais frequentes por estudantes, falta de privacidade, opressão e indiferença aos sentimentos alheios.
RODRIGUES,D.P.; ALVES,V.H.; PENNA,L.H.G.; PEREIRA,A.V.; BRANCO,M.B.L.R.; SILVA,L.A.; 2015	A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico.	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo	Relata a peregrinação da parturiente por leito nas unidades hospitalares. Em depoimento colhido a gestante alega ter que mudar de cidade para encontrar serviço obstétrico, em outro depoimento a gestante aciona a PM na tentativa de efetivar seu direito, porém sem êxito.
AGUIAR,J.M.; OLIVEIRA,A.F.P.L; SCHRAIBER,L.B.; 2013	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde.	Pesquisa de campo	Relato de profissionais de saúde que alegam já ter realizado ou presenciado violência obstétrica, as mais comuns são: jargões pejorativos, ameaças, e negligência no manejo da dor.
SANTOS,L.M.; PEREIRA,S.S.C.;	Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera.	Estudo qualitativo,	É relatada a procura pela maternidade somente quando todos os sinais de

CARVALHO,E.S.S; PAIVA,M.S.; SANTOS,V.E.P.; SANTANA,R.C.B.; 2012		exploratório e descritivo	parto já se encontravam instalados para manter menor contato com os profissionais de saúde e menor permanência hospitalar. Os depoimentos confirmam ausência de relacionamento entre as parturientes e profissionais, uso de ocitocina rotineiramente, posição horizontal obrigatória e aprisionamento no leito.
VILLELA,J.P.; SILVA,I.S.R.; MARTINS,E.R.C.; RAMOS,R.C.A.; COSTA,C.M.S.; SPINDOLA,T.; 2016	Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas	Estudo descritivo, quantitativo	Aborda o descaso dos profissionais de saúde no esclarecimento de procedimentos para as parturientes, como a episiotomia, sendo esta direito de escolha da mulher. A episiotomia repercute de maneira negativa de acordo com o depoimento das puérperas, elas sentem-se assustadas quanto ao risco de infecção e sexualidade além do incomodo da dor perineal.
SILVA,M.G.; MARCELINO,M.C.; RODRIGUES,L.S.; TORO,R.C.; SHIMO,A.K.K.; 2014	Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstétricas	Relato de experiência	As enfermeiras relatam ter vivenciado durante sua jornada profissional verbalizações violentas, realização de procedimentos desnecessários, e despreparo institucional para realização de partos de caráter humanizado.

Com base na análise dos resultados obtidos pode-se observar a violência obstétrica sendo relatada sob a perspectiva de óticas diferentes, de mulheres que foram vitimadas e dos profissionais da saúde que já presenciaram tais práticas abusivas, entretanto, mesmo sendo vivências diferentes, as verbalizações violentas coincidem.

Wolff, e Waldow (2008), Silva, et al (2014) e Aguiar et al (2013) expressam ter vivenciado em suas trajetórias profissionais as mesmas frases pejorativas e relatam em seus estudos, tais como:

“Ah, na hora de fazer não gritou assim, agora aguenta!”, ou ainda, *“ Faz isso tudo e ano que vem está aqui de novo”.*

Ou, *“ Não grita, que seu bebê não vai sair pela boca”.*

Deixando explícito a banalização do limiar de dor que cada mulher apresenta durante o processo parturitivo.

Quanto a escolha do tipo de parto Silva, et al (2014) acrescenta a posição do médico obstetra expressada dessa forma: *“ É melhor fazer cesariana, parto normal esgarça a vagina e assim você pode preservar suas relações sexuais e dar mais*

prazer ao seu marido”. Violando assim todo o direito de escolha da mulher, coagindo-a a seguir suas indicações e impondo autoridade médica.

Os mesmos autores também relatam outros tipos de violência obstétrica, como a realização da abertura de episiotomia, mesmo após o desprendimento do bebê, utilização de fórceps e realização de toques vaginais com examinadores diferentes para que os acadêmicos pudessem aprender. Sendo estas práticas completamente desaconselhadas pelas políticas de saúde nacionais.

Vilela et al (2016), corrobora com a mesma linha de pensamento e ainda acrescenta crítica ao descaso no esclarecimento de procedimentos que irão ser realizados, e alerta para a repercussão negativa, danos físicos e psicológicos causados a mulher e que muitas vezes tornam-se marcas indeléveis no que se diz respeito a ótica de hospitalização e assistência prestada pelos profissionais da saúde.

Em seu estudo, Santos et al (2012) afirma através de relatos parturientes, que estas só procuram a instituição hospitalar quando de fato há certeza de trabalho de parto avançado, tal atitude é justificada por elas, como uma tentativa de minimizar o sofrimento durante a assistência e o tempo de internação, prova do dano psicológico adquirido em partos anteriores. Rodrigues DP, et al (2015) ainda faz denuncia a peregrinação das mulheres por leito em hospitais ou maternidades como mais uma forma de impedir que as mesmas exerçam seus direitos de cidadania, alertando assim para a necessidade de mudanças na assistência obstétrica nacional.

Diante desta discussão abre-se espaço para reflexão da importância dos serviços da equipe de enfermagem para minimizar tais eventos, tendo-se em vista que a maior parte do tempo despendido aos cuidados prestados a mulher no momento da parturição são advindos destes profissionais, gerando assim vínculos afetivos e priorizando a assistência humanizada preconizada pelas políticas públicas do país.

3. CONCLUSÃO

O legado após o desenvolvimento deste estudo é amplo, e diante de toda abordagem social, cultural e fisiológica observei as grandes proporções que a prática de violência obstétrica tem adquirido, perpassando várias gerações e impactando negativamente na saúde feminina ainda nos dias atuais. Sendo até arbitrário o clamor por humanização, pois espera-se que esta seja uma atitude inerente ao ser humano.

O paradigma de atenção obstétrica ainda se apresenta retrogrado mesmo diante de todas estratégias governamentais de combate a práticas abusivas, sendo necessário reaver o foco da problemática e implementar novas medidas. Muito tem se falado a respeito das novas formações profissionais, entretanto abre-se espaço também para averiguação de formações antigas, onde sente-se a necessidade de atualização para o modelo humanizado de assistência a saúde de forma geral. Outro foco estratégico para mudanças seria a disseminação de informações a respeito dos direitos da mulher durante a assistência ao pré-natal, o acesso a informação minimizaria os danos através da recusa das mesmas a certas situações desagradáveis.

Vale salientar ainda que cabe aos profissionais da saúde a disseminação de boas práticas nas atividades diárias, e atenção para a importância da sua assistência ao processo de nascimento no Brasil.

OBSTETRIC VIOLENCE THE LIGHT OF LITERATURE

ABSTRACT

The Brazilian obstetric care model has been suffering with strong criticisms and questions that aim at the constant search for improvements in the quality of maternal-neonatal care. The care deficits occurring during the gestational, parturitive and puerperal process become indelible marks for the health of the mother-child binomial, thus characterizing obstetric violence. The present study aims to expose the unfortunate reality through the reports of women and health professionals who experienced the practice of obstetric violence, in order to reflect the changes in the patterns of national obstetric care. This is a bibliographical review, carried out through the search of literature in the databases BDENF (Nursing Database) and LILACS (Latin American and Caribbean Literature) using the "AND" box with the descriptors: Nursing, Violence Obstetrics and Humanized Delivery. The inclusion criteria were articles published between 2007 and 2017 in full text format and in the Portuguese language. Based on the analysis of the results obtained, it is possible to observe the obstetric violence being reported from the perspective of different perspectives, from women who have been victimized and from health professionals who have already witnessed such abusive practices, however, even though they are different experiences, coincide. Because they are still veiled practices, few reports have been found. Six scientific studies were included, and these included reports of experiences of abusive practices, pejorative phrases that, in the majority of them, made the women banal on pain at the time of parturition, causing them feelings of devaluation and humiliation, as well as lack of awareness of the right to information. On procedures and still carrying out unnecessary procedures and without scientific basis, negatively impacting on the feminine health still in the present days.

Keywords: Obstetric violence. Nursing. Humanized birth.

REFERENCIAS

AGUIAR, J.M.; OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.; Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de saúde pública**; Rio de Janeiro, p. 2287 – 2296, nov., 2013.

ANDRADE, B.P.; AGGIO, C.M.; Violência Obstétrica: a dor que cala. IN: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2014. Violência obstétrica. Londrina. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas: Universidade Estadual de Londrina, p. 1- 7, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>>. Acesso: 21 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes de Atenção a Saúde: Rede Cegonha. São Luís. 2015. P.1 – 43. Disponível em: <http://www.multiresidencia.com.br/site/assets/uploads/kcfinder/files/REDE%20CEGONHA.pdf>>. Acesso 21 de Março de 2017.

CARVALHO, I.S.; BRITO, R.S. Utilização do índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. 2016; v. 5, n. 50. p. 742 – 749.

GOMES, M.L.; MOURA, M.A.V.; Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: Evidências na produção científica. **Revista de Enfermagem**; Rio de Janeiro, v. 2, n.20, p. 248 – 253, abr./jun., 2012.

LEGUIZAMON, T.J.; STEFFANI, J.A.; BONAMIGO, E.L.; Escolha da via de parto: expectativa de gestante e obstetras. **Revista Bioética**; v.3, n.21., p. 509 – 517, 2013.

MALHEIROS, P.A.; ALVES, V.H.; RANGEL, T.S.A.; VARGENS, O.M.C.; Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto e Contexto Enfermagem; Florianópolis**; v.2, n. 21.p. 329 – 337, abr/jun. 2012.

MARTINELLI, K.G.; NETO, E.T.S.; GAMA, S.G.N.; OLIVEIRA, A.E.; Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. 2014; v. 2, n.36. p.56 – 64.

OLIVEIRA, F.A.M.; LEAL, G.C.G.; WOLFF, L.D.G.; GONÇALVES, L.S.; O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Paraná. 2015; v 36., p. 177 – 184.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. Disponível:<

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf.
Acesso:22 de abr. 2017.

PIRES, D.; FERTONANI, H.P.; CONILL, E.M.; MATOS, T.A.; CORDOVA, F.P.; MAZUR, C.S.; A influência da assistência profissional em saúde na escolha do tipo de parto: um olhar sócio antropológico na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife. Abr/Jun. 2010; v.2, n.10. p.191 – 197.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B.; Obstetrícia Fundamental, 12ª edição, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan 2011. p 84-103.

SANTOS, L.M.; PEREIRA, S.S.C.; CARVALHO, E.S.S.; PAIVA, M.S.; SANTOS, V.E.P.; SANTANA, R.C.B.; Atenção no processo parturitivo sob o olhar da puérpera. **Revista de pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro. Jul/Set. 2012. v.4, n.3. p 2655 -2666.

SILVA, A.L.S.; NASCIMENTO, E.R.; COELHO, E.A.C.; Práticas de enfermeiras para a promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Bahia. Jul/Set. 2015; v.19, n. 3. P.424 – 431.

SILVA, B.D.; MARCELINO, M.C.; RODRIGUES, L.S.P.; TORO, R.C.; SHIMO, A.K.K.; Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista Rene**, São Paulo. Jul/Ago. 2014; v.4 n.15. p 821 – 828.

TESSER, C.D.; KNOBEL, R.; ANDREZZO H.F.A.; DINIZ, S.G.; Violência obstétrica e prevenção quaternária: O que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro. 2015; v.10, n. 35. p. 1 – 12.

VELHO, M.B.; OLIVEIRA, M.E.; SANTOS, E.K.A.; Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada a parturiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. Jul/Ago. 2010; v. 4 n.63. p 652 – 659.

VIEIRA, B.D.; PARIZOTTO, A.P.A.V.; Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Unoesc & Ciência**. Joaçaba 2013; v.4, n.1. p.79 – 90.

VILLELA, J.P.; SILVA, I.S.R.; MARTINS, E.R.C.; RAMOS, R.C.A.; COSTA, C.M.A.; SPINDOLA, T. Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro. 2016; v. 24 n.5. p. 1 – 5.

WOLFF, L.R.; WALDOW, V.R. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde sociedade**, São Paulo. 2008. v.17 n.3. p.138 – 151.

ANEXO A – CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON

Quadro 1: Classificação de Robson

Grupo 1  Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	Grupo 6  Todas nulíparas com feto único em apresentação pélvica
Grupo 2  Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	Grupo 7  Todas multíparas com feto único em apresentação pélvica, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 3  Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo	Grupo 8  Todas mulheres com gestação múltipla, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 4  Multíparas sem cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesárea antes do início do trabalho de parto	Grupo 9  Todas gestantes com feto em situação transversa ou oblíqua, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)
Grupo 5  Todas multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas	Grupo 10  Todas gestantes com feto único e cefálico, < 37 semanas, incluindo aquelas com cesárea(s) anterior(es)