

## La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características

Danúbia Mariane Barbosa Jardim<sup>1,2</sup>  
Celina Maria Modena<sup>1</sup>

**Objetivo:** analizar la producción científica sobre la violencia obstétrica identificando y discutiendo sus principales características en el cotidiano de la asistencia al ciclo gravídico y puerperal. **Método:** revisión integradora de la literatura de 24 publicaciones indexadas en las bases de datos *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, *SciVerse Scopus*, *Web of Science* y en las bibliotecas *Scientific Electronic Library Online* y Biblioteca Virtual en Salud. **Resultados:** las publicaciones se concentran a partir de 2015 con diseños metodológicos de naturaleza cuantitativa y cualitativa. En la discusión, primeramente, se enfoca el concepto de violencia obstétrica, sus diferentes formas de ocurrencia en la asistencia. En secuencia, son presentadas las interfaces del fenómeno con reflexiones relacionadas a la concepción de género, a los diferentes actores envueltos, a la institucionalización, la invisibilidad y la banalización del evento. Finalmente, son presentadas las estrategias de enfrentamiento pasando por la formación académica, por la consciencia de las mujeres, por las propuestas de movilización social, por la construcción de políticas públicas y leyes. **Conclusión:** la violencia obstétrica retrata una violación de los derechos humanos y un grave problema de salud pública, revelada en los actos negligentes, imprudentes, omisos, discriminatorios e irrespetuosos practicados por profesionales de salud y legitimados por las relaciones simbólicas de poder que naturalizan y banalizan su ocurrencia.

**Descriptores:** Violencia Contra la Mujer; Mujeres; Obstetricia; Parto Obstétrico; Exposición a la Violencia; Revisión.

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, MG, Brasil.

### Cómo citar este artículo

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

┆	┆	┆
mes	día	año

]; Available in: 

┆
URL

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

## Introducción

La asistencia al parto y al nacimiento en Brasil, a lo largo de décadas, fue marcada por cambios significativos ocasionados por el proceso de institucionalización, que trajo una intensa medicalización del cuerpo femenino, promoviendo su desfragmentación, despersonificación y patologización, además de generar la utilización abusiva de intervenciones desnecesarias en la mujer y en el bebé<sup>(1-3)</sup>.

El cuidado intersubjetivo e integral fue substituido gradualmente por complejas tecnologías que visan tratar un cuerpo defectuoso sobre una óptica en que la gestación deja de ser comprendida como un evento fisiológico de la vida, pasando a necesitar de controles excesivos y de cura<sup>(1)</sup>.

En ese contexto asistencial, la mujer se torna elemento secundario en el escenario del nacimiento, sujeta al ambiente controlado, cercado por órdenes y protocolos institucionales que la segregan de su contexto social y cultural, así como la hacen desacreditar en su capacidad fisiológica de parir<sup>(1-2)</sup>.

Los profesionales de salud, vestidos de su autoridad técnico-científica y respaldados en las relaciones de poder y desigualdad entre las usuarias/mujeres, usan la autoridad para mantener la obediencia a las reglas, rompiendo con las interacciones humanas, lo que genera la fragilidad de los vínculos entre sus pacientes y la crisis de confianza en el cuidado que es prestado y lleva a la pérdida de la autonomía de la mujer y del libre derecho de decidir sobre su cuerpo<sup>(2-4)</sup>. Esas relaciones son establecidas por la imposición de una autoridad unilateral, creando un terreno fértil para la consolidación de las diferentes formas de violencia ejercidas durante la asistencia al trabajo de parto y parto.

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de Salud (OMS), en el mundo entero mujeres son asistidas de manera violenta, viviendo situaciones de malos tratos, falta de respeto, abusos, negligencias, violación de los derechos humanos por profesionales de salud, siendo más frecuente durante la asistencia al parto y al nacimiento<sup>(5)</sup>.

Regularmente, en las salas obstétricas, se encuentran mujeres semidesnudas en la presencia de extraños, solas en un escenario desconocido, en posición de sumisión total, piernas abiertas y levantadas, genitales expuestos, rutinariamente separadas de sus hijos después del nacimiento<sup>(6)</sup>.

Son frecuentes los relatos de violencia: negación a la presencia de acompañante de su elección; falta de informaciones a las mujeres sobre los diferentes procedimientos ejecutados durante la asistencia; realización de cesáreas desnecesarias; privación del derecho a la alimentación y la deambulación; exámenes

vaginales rutineros y repetitivos sin justificativa; uso frecuente de oxitocina para acelerar el trabajo de parto; realización de episiotomía sin consentimiento de la mujer; maniobra de Kristeller; finalmente, todos esos eventos pueden llevar a daños permanentes de orden física, mental y emocional<sup>(4,6-9)</sup>.

Ese escenario afecta especialmente mujeres de bajo nivel socioeconómico, de minorías étnicas expuestas al poder institucional y profesional, con características opresoras y dominadoras que excluyen la subjetividad femenina como trazo esencial para la construcción de la asistencia centrada en la mujer y del ejercicio de su plena ciudadanía<sup>(5,10-11)</sup>.

Otra cuestión expuesta por los autores que buscan comprender el fenómeno de la Violencia Obstétrica (VO) es el concepto estereotipado de género socialmente difundido, en que la mujer, vista como sexo frágil, necesita ser mantenida sobre una autoridad patriarcal (en ese escenario, el médico), que va a decidir lo que es mejor para ella, transformando el nacer en un acto centrado en el profesional y pasible de las prácticas violentas<sup>(4)</sup>.

Con base en esas observaciones, surge la pregunta guiadora de la investigación: ¿Cómo el fenómeno de la VO está caracterizado en el cotidiano de la asistencia al ciclo de embarazo y puerperal?

El estudio se justifica dada la necesidad emergente de ser conocidas las características de la VO para mejor comprensión de cómo ese evento ocurre en el contexto asistencial y cuáles son sus posibles repercusiones en la práctica obstétrica actual. Se espera que, por medio de la producción de ese conocimiento, diferentes sujetos – mujeres, profesionales de salud, gestores, entidades de enseñanza – que se interesen por la temática puedan ser alcanzados, en la tentativa de que la asistencia obstétrica sea construida libre de actos violentos y pautados por el respeto a los derechos sexuales, reproductivos y humanos. Así, la identificación y la discusión de las características que definen el fenómeno de la VO se tornan importantes para la proposición y la validez de leyes y políticas públicas que presenten estrategias de enfrentamiento y de cambios en los paradigmas asistenciales que perpetúan los actos violentos en el cotidiano obstétrico.

En ese sentido, el objetivo es analizar la producción científica sobre la VO identificando y discutiendo sus principales características en el cotidiano de la asistencia al ciclo de embarazo y puerperal.

## Método

La estrategia metodológica utilizada para la construcción de este texto fue la Revisión Integradora de Literatura, que incluye conceptos científicos, provenientes de investigaciones académicas, en la búsqueda de la

mejor evidencia científica a ser aplicada en el cotidiano asistencial. Ese método de investigación tiene por objetivo reunir, sintetizar y analizar el conocimiento científico existente sobre una temática de interés del investigador, de manera sistematizada y ordenada, mostrando la evolución del tema a lo largo de los años y contribuyendo para profundizar las cuestiones investigadas<sup>(12-13)</sup>. Para el alcance de ese objetivo, se propone la construcción de la revisión basada en seis etapas distintas, así propuestas: identificación del tema y selección de la pregunta de la investigación; establecimiento de criterios de inclusión y exclusión; identificación de los estudios pre-seleccionados y seleccionados; categorización de los estudios seleccionados; análisis e interpretación de los resultados; presentación de la revisión<sup>(13)</sup>.

La búsqueda bibliográfica fue realizada mediante la pregunta guiadora en las siguientes bibliotecas virtuales *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), con acceso a la Base de Datos Específica de la Enfermería (BDENF); Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS); Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS); Campus Virtual de Salud Pública (CVSP – Brasil); Index Psicología – Periódicos técnico-científicos; y demás bases de datos: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via Pubmed; SciVerse Scopus; *Web of Science*.

Fueron establecidos los siguientes criterios de inclusión: publicaciones de naturaleza cuantitativa y cualitativa, en los idiomas portugués, inglés o español, en el período de 2007 hasta 2017, que pudiesen responder a la siguiente pregunta guiadora: ¿Cómo el fenómeno de la VO está caracterizado en el cotidiano da asistencia en

el ciclo gravídico y puerperal? La elección por el recorte temporal se justifica en razón del deseo de analizar las producciones que ocurrieron después de la aprobación de la Ley Orgánica sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en 2006, en Venezuela, como un marco de repudio a la asistencia obstétrica señalada por la VO. Fueron considerados criterios de exclusión los documentos de naturaleza editorial (cartas, comentarios, notas breves) y relatos de experiencias.

La estrategia de búsqueda iniciada en las bibliotecas virtuales SciELO y BVS, replicada en las demás bases de datos combinó los descriptores y palabras clave con los operadores booleanos: “Violência contra a mulher”, or “Violence against women”, or “Violencia contra la mujer” (obstetric violence, or violência obstétrica) and “Parto obstétrico”, or “Delivery, obstetric” (delivery or obstetric). Inicialmente, fueron localizadas 861 publicaciones, cuyos títulos y resúmenes fueron leídos, así como evaluados los criterios de inclusión y exclusión establecidos siendo excluidas 801 publicaciones.

Al final, fueron seleccionadas 60 publicaciones para lectura en su íntegra, visando garantizar mayor confiabilidad y validez del material seleccionado a ser analizado en esta revisión. En ese proceso de selección, fueron refinados los textos que realmente respondían a la pregunta de interés, que poseían adecuación metodológica y con discusión consistente de la temática propuesta. Después de la lectura, las publicaciones que presentaron alguna discordancia de su aceptación para componer la muestra final fueron nuevamente analizadas, siendo excluidas o no. Cesada la etapa de pre-selección y selección del material, permanecieron 24 publicaciones, que contemplan la muestra final que compone esta revisión (Figura 1).

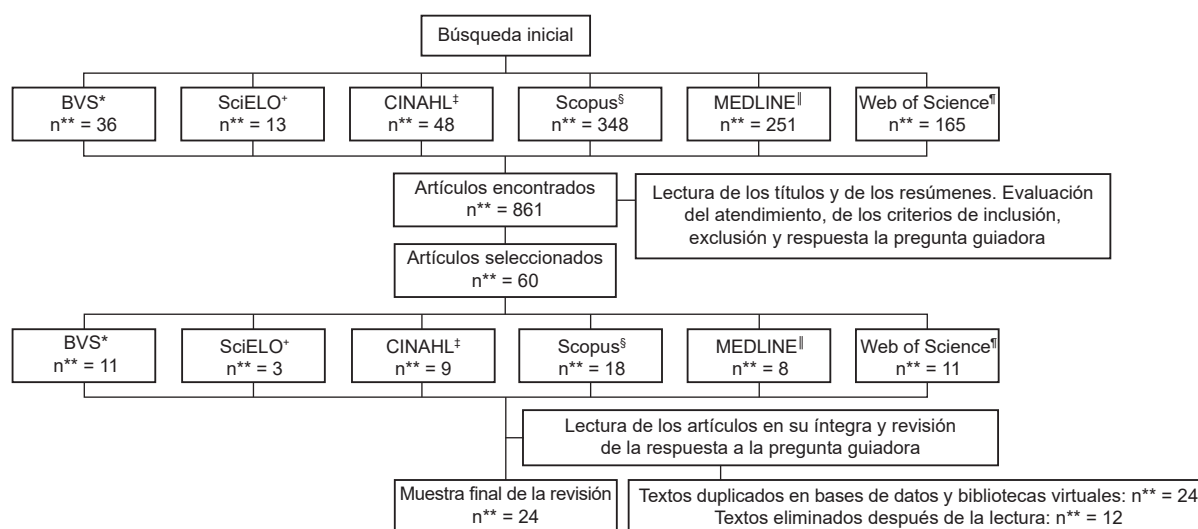


Figura 1 – Identificación, selección e inclusión de las publicaciones que compusieron la revisión integradora.

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

Las publicaciones también fueron analizadas con base en la clasificación propuesta por la *Evidence-based practice* (Práctica basada en evidencia), que describe siete niveles de evidencias: nivel 1 – evidencias provenientes de revisión sistemática o metanálisis de todos los relevantes ensayos clínicos controlados aleatorios, o viniendo de directrices clínicas basadas en revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorios; nivel 2 – evidencias derivadas de, por lo menos, un ensayo clínico aleatoriamente controlado bien delineado; nivel 3 – evidencias obtenidas de ensayos clínicos así delineados sin aleatorización; nivel 4 – evidencias provenientes de estudios de cohorte y de caso-control bien delineados; nivel 5 – evidencias originarias de revisión sistemática de estudios descriptivos y cualitativos; nivel 6 – evidencias derivadas de un único estudio descriptivo o cualitativo; nivel 7 – evidencias oriundas de opinión de autoridades y/o informe de comités de especialistas<sup>(14)</sup>.

Finalizando la trayectoria metodológica, las publicaciones fueron analizadas exhaustivamente, interpretadas y sintetizadas en un cuadro sinóptico, con la descripción de las características del título, año, objetivos, principales resultados, conclusiones o recomendaciones finales.

## Resultados

Analizados los datos de las 24 publicaciones incluidas en este artículo, se observó que 80% de ellas fueron escritas en los últimos tres años – 2015 (40%); 2016 (28%); de 2017 (12%) –, lo que refleja en la contemporaneidad del tema VO y la necesidad emergente que ese asunto sea discutido en el escenario

mundial. Al respecto del idioma de publicación, 36% fueron en inglés, 28% en español y 36% en portugués.

Hubo diversidad en relación al local de origen de los estudios. Se destaca que 75% eran de países de América Latina, siendo nueve estudios de Brasil, cuatro de Argentina, cuatro de Venezuela y uno de México; 4,2% de Europa (un estudio incluyendo seis países – Bélgica, Islandia, Dinamarca, Estonia, Noruega y Suecia); 8,3% de África (uno de Kenia y otro de República de África del Sul); y 12,5% de América del Norte (tres estudios de los Estados Unidos).

Los autores que compusieron las publicaciones pertenecen a dos diferentes áreas del conocimiento: 75% de las Ciencias de la Salud (53% médicos, 14% enfermeros, 8% enfermeros obstetras) y 25% de las Ciencias Sociales y Humanas (8% abogados, 17% antropólogos).

En relación a la distribución de los diseños de los estudios, 32% son de naturaleza cuantitativa, 32% de naturaleza cualitativa y 36% fueron caracterizados como narrativo-discursivos. En relación al nivel de la evidencia, 62,5% de las publicaciones fueron clasificadas con nivel VI (evidencias derivadas de un único estudio descriptivo o cualitativo) y 37,5% como nivel VII (evidencias oriundas de opinión de autoridades y/o informe de comités de especialistas).

Para mejor identificación de las publicaciones que componen esta revisión, se construyó un cuadro-síntesis con informaciones pertinentes al: título; año de la publicación; bases de datos y bibliotecas virtuales de referencia; clasificación sobre el tipo de estudio; clasificación sobre el nivel de evidencia; objetivo original de la publicación (Figura 2).

N	Título	Año	Bases de datos/ Bibliotecas Virtuales	Tipo de estudio/ Nivel de evidencia	Objetivo del estudio
1	Violencia institucional en maternidades públicas sobre la óptica de las usuarias <sup>(9)</sup>	2011	BVS* LILACS+	Investigación cualitativa/VI	Identificar en las frases de las entrevistadas, la compleja interacción entre poder y violencia y cómo esa interacción se molda en el escenario de la violencia institucional cometida en maternidades públicas.
2	Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud <sup>(15)</sup>	2012	BVS* LILACS+	Investigación cuantitativa transversal/VI	Determinar el grado de conocimiento sobre la VO† y sus implicaciones legales a los profesionales de la salud que trabajan en el área de obstetricia en diferentes centros del país.
3	Violencia obstétrica: percepción de las usuarias <sup>(16)</sup>	2013	Scopus§	Investigación cuantitativa transversal/VI	Evaluar la percepción sobre la atención obstétrica recibida durante el proceso de nacimiento con relación a la VO†, en un grupo de usuarias que se encontraban en el puerperio.
4	Violencia institucional, autoridad médica y poder en las maternidades sobre la óptica de los profesionales de salud <sup>(10)</sup>	2013	BVS* LILACS+ ==	Investigación cualitativa/VI	Presentar y discutir datos de una investigación realizada con profesionales de salud sobre la violencia institucional en maternidades públicas, analizada basada en las relaciones entre el poder y la autoridad de médicos y las relaciones de género.
5	Violencia obstétrica: perfil asistencial de una maternidad-escuela del interior del Estado de São Paulo <sup>(17)</sup>	2015	BVS* BDEFN   Enfermería	Investigación cuantitativa transversal/VI	Verificar la prevalencia de VO† en la Maternidad del Hospital Escuela Padre Albino, de Catanduva-SP; describir las características del atendimento obstétrico en ese sector.
6	Violencia obstétrica como cuestión para la salud pública en Brasil: orígenes, definiciones, tipología, impactos sobre la salud materna y propuestas para su prevención <sup>(18)</sup>	2015	BVS* LILACS+	Revisión crítico-narrativa/VII	Introducir al lector en el debate de forma a auxiliarlo en la búsqueda sobre aspectos específicos que pueden ser abordados como temas de investigación e intervención.

(la Figura 1 continúa en la próxima pantalla)

N	Título	Año	Bases de datos/ Bibliotecas Virtuales	Tipo de estudio/ Nivel de evidencia	Objetivo del estudio
7	Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices <sup>(19)</sup>	2015	Scopus§	Investigación cualitativa/VI	Examinar las prácticas de VO± vividas diariamente por las parteras que trabajan en hospitales públicos mexicanos.
8	Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente <sup>(20)</sup>	2015	Scopus§	Investigación cuantitativa transversal/VI	Determinar la prevalencia de VO± en las salas de parto del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregório Hernández", en Caracas, durante el período de junio a octubre 2012.
9	Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries <sup>(21)</sup>	2015	Scopus§	Investigación cuantitativa transversal/VI	Evaluar la prevalencia y el sufrimiento causado por los abusos cometidos en los cuidados en salud, presentar los antecedentes sociodemográficos de mujeres con historia de abuso en los cuidados de salud y evaluar la asociación entre abuso en los cuidados en salud y características obstétricas seleccionadas.
10	Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica <sup>(22)</sup>	2015	Scopus§	Investigación cuantitativa transversal/VI	Analizar las conductas obstétricas de rutina de la sala de hospitalización del Servicio de Obstetricia del Hospital Central Maracay/ Venezuela, que son tipificadas como actos constitutivos de VO±, teniendo como base los contemplados en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres de una vida libre de violencia.
11	"Entonces tu naciste mi hija": análisis discursiva crítica de una carta al obstetra <sup>(6)</sup>	2015	Scopus§	Investigación cualitativa/VI	Analizar una carta al obstetra que tematiza la violencia obstétrica, como parte de un estudio que se inserta en una investigación más amplia sobre la representación discursiva de la gestación y del parto.
12	The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya <sup>(23)</sup>	2015	MEDLINE¶	Investigación cuantitativa descriptiva/VI	Presentar los resultados cuantitativos del impacto generado por las intervenciones del proyecto Heshima en la reducción de la prevalencia de la falta de respeto y del abuso durante el parto en Kenia, percibido y observado entre las mujeres que participan en los servicios de salud investigados.
13	Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa <sup>(24)</sup>	2015	Web of Science	Opinión de especialista /VII	Evaluar los cuidados maternos clasificados como faltas de respeto, abusivas y violentas que muchas mujeres sudafricanas enfrentan.
14	Violencia obstétrica sobre la mirada de las usuarias <sup>(25)</sup>	2016	BVS* BDENF   Enfermería	Investigación Cualitativa/VI	Investigar el conocimiento de las mujeres acerca de la violencia obstétrica.
15	Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica <sup>(26)</sup>	2016	SCIELO**	Opinión de especialista /VII	Discutir la definición de VO± en relación a ciertas relaciones y prácticas en la asistencia médica al embarazo y el parto.
16	La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica <sup>(27)</sup>	2016	SCIELO**	Opinión de especialista /VII	Analizar las posturas de médicos que trabajan en la atención a la salud de mujeres, que posean prácticas marcadas por el modelo intercultural de atención al parto y buscan humanizar la asistencia como manera de disminuir la VO±.
17	Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980) <sup>(41)</sup>	2016	SCIELO**	Opinión de especialista /VII	Analizar los debates y experiencias que generaron en Argentina, en las décadas de 1960 y 1970, las nuevas formas de atención al embarazo: parto sin dolor, parto sin miedo, parto psicoprofiláctico y parto sin violencia.
18	Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina <sup>(28)</sup>	2016	Scopus§	Opinión de especialista /VII	Explorar, críticamente, el concepto de VO± como un marco legal para identificar las prácticas de salud que constituyen abuso y malos tratos a las mujeres.
19	Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence <sup>(29)</sup>	2016	Scopus§	Opinión de especialista /VII	Discutir el contexto de la asistencia al parto y al nacimiento fundamentado en las prácticas obstétricas intervencionistas que generan los abusos y la VO±, así como su configuración actual.
20	Invisible wounds: obstetric violence in the United States <sup>(30)</sup>	2016	Scopus§	Opinión de especialista /VII	Discutir la VO± en los Estados Unidos partiendo del análisis de casos reales de <i>bullying</i> y coerción para la ejecución de procedimientos médicos.
21	Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence <sup>(31)</sup>	2016	Scopus§	Opinión de especialista /VII	Analizar filosóficamente la VO±, con foco en como esa violencia es vivida y experimentada por mujeres y por qué es frecuentemente descrita no apenas como la violencia en general, pero como la violencia de género.
22	Factores asociados a la violencia obstétrica en la asistencia al parto vaginal en una maternidad de alta complejidad en Recife, Pernambuco <sup>(32)</sup>	2016	Scopus§	Investigación cuantitativa transversal/VI	Analizar los factores asociados a la VO± de acuerdo con las prácticas no recomendadas en la asistencia al parto vaginal en una maternidad escuela y de referencia de la Ciudad de Recife.
23	Percepción de las mujeres sobre violencia obstétrica <sup>(33)</sup>	2017	BVS* BDENF   Enfermería	Investigación Cualitativa/VI	Caracterizar la violencia obstétrica vivida por las mujeres durante el proceso del parto.
24	Violencia obstétrica en el proceso de parturición en maternidades vinculadas a la Rede Cegonha <sup>(34)</sup>	2017	Scopus§	Investigación Cuantitativa/VI	Analizar la violencia institucional contra mujeres en el proceso del parto en maternidades vinculadas a la Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.

Figura 2 – Síntesis de las publicaciones utilizadas en esta revisión

\*BVS – Biblioteca Virtual en Salud; +LILACS – Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud; ±VO – Violencia obstétrica; §Scopus – Base de datos bibliográfica Scopus; ||BDENF – Base de Datos Específica de la Enfermería; ¶MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; \*\*SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*

Basándose en el análisis de los artículos, fueron identificadas informaciones similares en los resultados y discusiones de los textos. Para mejor comprensión de los datos, fueron construidas tres categorías analíticas: conceptos introductorios al tema, contextualización del fenómeno y estrategias para prevención y enfrentamiento. La síntesis de esos elementos permitió la organización de las ideas que compusieron la discusión, con el intuito de caracterizar la VO en el cotidiano asistencial (Figura 3).

Fueron identificados en los artículos evaluados diferentes clasificaciones para el fenómeno de la VO en el escenario asistencial. Reunidas las informaciones encontradas con el intuito de tipificar, ilustrar las diferentes formas de VO y elucidar a los lectores como ese fenómeno es diversificado, cotidiano y real, se elaboró la Figura 4.

Analizándose los datos revelados en los estudios nacionales e internacionales que buscaron cuantificar las diferentes formas de VO aquí tipificadas, se construyó la Figura 5.

Resultados oriundos de los artículos analizados	Estratificación	Artículos
Conceptos introductorios al tema	Concepto de VO*	(18,20,28-29)
	Ley Orgánica sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia	(11,15-16,24,29-30)
	Tipos de VO*	(3,8,10,16-18,20,22-24,26,28-29,32-34)
	Prevalencia de los diferentes tipos de VO*	(16-17,20-22,32,34)
Contextualización del fenómeno	Concepción de género y su relación con la VO*	(3,10-11,18-19,24-25,27-28-31,33)
	Grupos vulnerables	(3,18-19,32)
	La VO* como violación de los derechos humanos	(3,16,19,23,25-30-31)
	La VO* como problema de salud pública	(3,16,23,25-30,32)
	Relaciones de poder en los actos de VO*	(3,10-11,15,26-27,29,32-33)
	Banalización/Naturalización de la VO*	(3,10,16,19,23,25-30,32)
	Desconocimiento y o no reconocimiento por las mujeres de los actos VO*	(19,24-25,33-34)
	Cuestiones organizacionales que generan actos violentos (sobrecarga de trabajo, agotamiento físico y mental, escasez de recursos, inadecuadas condiciones de trabajo)	(8,10,25,27,29,33)
Estrategias para prevención y enfrentamiento	Cambios en el modelo asistencial	(15-16,18,20, 28-29)
	Cambios en el proceso de formación del profesional	(18,29)
	Acceso a la información/conocimiento	(18,25-26,28-29,33)
	Movilización social	(18-20,23-25,29,33)
	Legislación y políticas públicas	(11,15-17,19,24,29-30)

Figura 3 – Síntesis de los resultados encontrados en los artículos analizados

\*VO – Violencia obstétrica.

Tipología	Ejemplos
Violencia verbal	Frases groseras, con falta de respeto, vejatoria, coercitivas, discriminatorias, de cuño moralista, comentarios críticos, irónicos y negativos, que exponen a las mujeres al constreñimiento, inferiorización, humillación. La presencia de jerga del tipo: “¿Por qué está llorando? ¡A la hora de hacer, no llora!”; “¡Pero ni duele tanto así!”; “Ah, no llore, no, año que viene estás aquí de nuevo”; “Si no hace fuerza, su bebé va a sufrir”; “Cállese la boca y empuje el bebé”; “Si gritar, paro ahora lo que estoy haciendo”. Frases acusadoras y discriminatorias a las mujeres en situación de abortamiento.
Violencia física	Realización de toques vaginales repetitivos y agresivos, uso rutinario de episiotomía; realización de cesarianas desnecesarias; falta de manejo adecuado de dolor (sea antes, durante y después del parto); realización de procedimientos sin la analgesia adecuada (raspado, retirada manual de la placenta, sutura, parto cesárea); utilización de pujos dirigidos; tapas y pellizcos en las piernas; contención física de piernas y brazos durante el parto normal o cesariana; manobra de Kristeller.
Violencia psicológica	Amenazas, gritos, discurso autoritario y hostil, intimidaciones frente al comportamiento de las pacientes; chantajes hechas pela equipo. Atribución de culpa a la mujer en situaciones como: sufrimiento fetal (o estado fetal no tranquilizador); dificultad de realizar pujos en el período expulsivo. Atribución de incapacidad a la mujer que va parir.
Violencia sexual	Realización de toque vaginal sin guantes; manipulación de genitales de forma grosera y falta de respeto, toque en el cuerpo y toque rectal en la mujer sin su consentimiento.
Discriminación social	Falta de respeto, estigma, prejuicio o tratamiento diferencial a la mujer frente a su color, raza/etnia, condición social, económica, conyugal, opción sexual, religión, educación. Abuso financiero por profesionales.
Negligencia en la asistencia	Asistencia indiferente, abandono, recusa en promover cuidados a las mujeres consideradas “quejasas”, “escandalosas”, “descompensadas”, “poco colaborativas”, “cuestionadoras”. Postergar la asistencia a mujeres en situación de aborto.
Uso inadecuado de procedimientos y tecnologías	Procedimientos iatrogénicos, uso abusivo de oxitocina, inmovilidad en la cama durante el trabajo de parto, parto en posición litotomía, realización rutinaria de amniotomía, monitoreo fetal continua de rutina, ayuno prolongado sin indicación, manejo inadecuado del dolor sin justificativas, no realización de contacto piel a piel y clampeaje precoz del cordón umbilical.

Figura 4 – Tipología y ejemplificación de la Violencia Obstétrica basadas en el análisis de los artículos incluidos en la revisión integradora<sup>(3,8,10,16-18,20,22-24,26,28-29,32,34)</sup>

Título	Local del estudio	Participantes	Descripción de los tipos de violencia
Estudios Nacionales			
Violencia obstétrica en el proceso de parto en maternidades vinculadas a la Rede Cegonha <sup>(34)</sup>	Once hospitales-maternidades de media y alta complejidad del Estado de Ceará.	3765	De las púerperas estudiadas, 63,1% no tuvieron la presencia de profesional que proporcionó comodidad física y emocional; 37,2% no recibieron aclaración sobre procedimientos; 67,9% sintieron miedo; 28,3% recibieron órdenes para parar de gritar; 24,6% fueron apodadas. En relación a los procedimientos, 86,7% comentaron sobre la Maniobra de Valsalva; 52,2%, examen de toque por diferentes personas; 63,8%, uso de suero; y 34,5%, de oxitocina.
Factores asociados a la violencia obstétrica en la asistencia al parto vaginal en una maternidad de alta complejidad en Recife, Pernambuco <sup>(32)</sup>	Hospital-escuela de alta complejidad para la asistencia materno-infantil en Recife, Brasil	603	De las mujeres investigadas, 86,57% sufrieron algún tipo de VO* como: parto en posición litotómica: 39%; incentivo a pujo voluntario: 65%; uso de oxitocina: 41%; amniotomía: 31%; clampeaje precoz de cordón: 30%.
Violencia obstétrica: perfil asistencial de una maternidad-escuela del interior del Estado de São Paulo <sup>(17)</sup>	Maternidad del Hospital-Escuela Padre Albino, São Paulo, Brasil	172	De las púerperas investigadas, 27,9 % sufrieron VO*, como: conducta de falta de respeto y reprensión: 2,3%; falla en el esclarecimiento de dudas: 16,3%, prohibición del acompañante: 9,3%, procedimientos sin esclarecimiento o autorización: 27,3% (de los cuales 25,5% se refiere a episiotomía, 17% amniotomía, 17% enema, tricotomía, ayuno, oxitocina, toques repetidos maniobra Kristeller y cesárea sin justificativa 8,5% en cada procedimiento).
Estudios internacionales			
Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente <sup>(20)</sup>	Hospital General del Oeste "Dr José Gregório Hernández en Caracas, Venezuela.	326	De las mujeres sometidas a la asistencia al aborto, parto normal, cesárea que fueron estudiadas se evidenció que 26,3% habían sufrido algún tipo de maltrato, actitud de falta de respeto, agresión verbal o física por profesionales de la salud, los agresores eran médicos en 66,7% de los casos y anestesiistas en 33,3%.
Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries <sup>(21)</sup>	Servicios de atención prenatal de seis países europeos, Bélgica, Islandia, Dinamarca, Estonia, Noruega y Suecia.	6923	Una en cada cinco gestantes atendidas en el prenatal relataban algún tipo de abuso (20,7%). Entre las nulíparas, el abuso en la asistencia médica fue asociado al miedo en relación al parto (OD+ 2,25 e IC± 1,23-4,12) en la categoría de abusos graves en el cuidado en salud. Entre las múltiparas fueron encontrados resultados en la categoría sufrimiento severo a partir de abusos en el cuidado en salud con una significativa asociación con el miedo en relación al parto (OD+ 4,04 e IC± 2,08-7,83) y el deseo por cesárea.
Violencia obstétrica: percepción de las usuarias <sup>(16)</sup>	Servicio de Puerperio de la Maternidad "Concepción Palacios" en Caracas, Venezuela.	425	De las púerperas estudiadas, 49,4% manifestaron haber sufrido algún tipo de trato deshumano en su atendimento por profesionales de la salud, 66,8% afirmaron haber sufrido actos médicos sin consentimiento y 36,7% recibieron ambos tipos de violencia. Se resalta en el trato deshumano 23,8% fueron impedidas de tener contacto con sus recién nacidos, 21,6% recibieron críticas por lamentar o llorar durante el trabajo de parto y 19,5% sintieron imposibilitadas de expresar sus miedos o inquietudes; en relación a los procedimientos realizados sin consentimiento 24,9% estuvieron obligatoriamente en decúbito dorsal, 31,3% usaron oxitócicos, 37,2% fueron sometidas a toques vaginales repetitivos.
Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica <sup>(22)</sup>	Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay, Venezuela.	160	De las pacientes estudiadas, 80% tuvieron la administración de oxitócicos de rutina (siendo 83,3% de los casos sin la autorización de la mujer), 75% fueron sometidas a episiotomía de rutina, 86,7% realizaron la auto estimulación de las mamilas por indicación para aumentar la contracción uterina y 97,7% pasaron por la revisión de la cavidad uterina sin indicación.

Figura 5 – Resultados de las investigaciones incluidas en la revisión, que objetivaron cuantificar las diferentes formas de Violencia Obstétrica<sup>(16-17,20-22,32,34)</sup>

\*VO – Violencia Obstétrica; +OD – Odds Ratio; ±IC – Intervalo de confianza

## Discusión

Inicialmente, para la comprensión de la temática VO, son presentadas la contextualización y la tipificación de ese fenómeno en los diferentes escenarios de la asistencia a la mujer. La revisión teórica permitió la concepción de la VO como un fenómeno reconocido por medio de diferentes tipos de violencia que pueden ocurrir en el contexto de la gestación, del parto, del puerperio, así como en las situaciones que envuelven el aborto, el post-aborto y la asistencia al ciclo reproductivo<sup>(18,20,28-29)</sup>.

La principal fuente para la composición del concepto proviene de la Ley Orgánica sobre los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, aprobada en noviembre de 2006, en la Venezuela, que se tornó

el primer país a promulgar una ley que caracteriza la VO como la apropiación del cuerpo femenino y de los procesos reproductivos por profesionales de salud. Ese hecho fue revelado por el trato deshumano, uso abusivo de la medicalización e intervenciones desnecesarias sobre procesos fisiológicos, generando la pérdida de la autonomía y de la libertad de elección, lo que refleja negativamente en la calidad de vida de las mujeres<sup>(11,15-16,24,29-30)</sup>.

Ese contexto cubre las situaciones expresadas en actos negligentes, abusivos, imprudentes, omisos, discriminatorios e irrespetuosos, fundados en relaciones de poder y autoridad ejercidas, principalmente, por los profesionales de salud, sea en el ambiente hospitalario, sea en cualquier escenario público o privado en que

puedan ser establecidos actos sobre el cuerpo femenino o su sexualidad de forma directa o indirecta, anulando las mujeres mientras sujetos de derecho<sup>(3,10,20,24,28,31-32,34)</sup>. En el Estatuto de la Violencia contra la Mujer de Argentina, la VO es caracterizada como un trato cruel, deshonroso, deshumano, humillante, amenazador, ejercido por profesionales de salud, causando daños físicos, psicológicos y emocionales a la mujer asistida<sup>(28)</sup>.

La OMS tipifica las formas de VO y resalta cinco categorías que operan las definiciones legales: 1 – intervenciones y medicalización rutinera y desnecesaria (sobre la madre o el bebé); 2 – abuso, humillación y agresión verbal o física; 3 – falta de insumos e instalaciones inadecuadas; 4 – prácticas realizadas por residentes y profesionales sin la permisión de la madre, después de informaciones completas, verídicas y suficientes; 5 – discriminación por motivos culturales, económicos, religiosos y étnicos<sup>(26)</sup>. La Figura 4, anteriormente presentada en los resultados, ejemplifica as diferentes formas existentes de VO permitiendo un dimensionamiento de su ocurrencia en la obstetricia, revelando su multiplicidad y complejidad. El reconocimiento de las facetas de este fenómeno nos apunta para el desafío diario de actuación en el escenario obstétrico permeado por su existencia y naturalizado en acciones rutinariamente empleadas.

La OMS considera la VO parte perteneciente a una cultura institucional enraizada, marcada por la banalización, invisibilidad y naturalización del fenómeno en el cotidiano asistencial. Las características descritas permiten el no reconocimiento de la VO como práctica de violación de los derechos humanos y grave problema de salud pública mundial<sup>(3,16,19,23,25-30,32)</sup>.

Investigaciones nacionales, como la de la Fundación Perseu Abramo, apuntan que una en cada cuatro mujeres en Brasil sufrió algún tipo de VO durante la asistencia al parto y mitad de las que abortaron también tenían relato semejante. Dentro de las formas de VO citadas, 10% sufrieron toque vaginal de forma dolorosa; 10% tuvieron negación de métodos de alivio al dolor; 9% recibieron gritos; 9% insultos o humillación; 7% no tuvieron informaciones sobre los procedimientos realizados; 23% sufrieron violencia verbal con frases de prejuicios<sup>(17,32,34)</sup>.

De acuerdo con los resultados de la investigación "Nacer en Brasil", de las mujeres entrevistadas (n=23.894), 36,4% recibieron medicación estimulante para el parto; 53,5% tuvieron episiotomía; 36,1% recibieron maniobras mecánicas para acelerar el nacimiento; 52% fueron sometidas a cesárea sin justificativa; 55,7% fueron mantenidas restrictas a la ama; 74,8% se quedaron en ayunas y 39,1% fueron sometidas a amniotomía<sup>(17)</sup>. Los hallados de la investigación anterior convergen con otros datos

encontrados en esta revisión en lo que se refiere a la cuantificación de las diferentes formas de VO presentadas en la Figura 5 en los resultados de este artículo.

Reflexionando sobre la VO, sus sujetos, actores y posibles justificativas, se observan diferentes miradas en el cotidiano asistencial, resaltando discusiones fundamentales para el entendimiento, apropiación, movilización social y de categorías en defensa de las mujeres víctimas de ese evento.

Posibles explicaciones para su ocurrencia son fomentadas por los autores, que parten de un análisis inicial de la existencia de un grupo de mujeres más vulnerables a las diferentes formas de VO, caracterizadas como negras o perteneciente a las minorías étnicas, adolescentes, pobres, con baja instrucción escolar, usuarias de drogas, mujeres viviendo en situación de calle, mujeres sin acompañamiento de prenatal y sin acompañante en el momento del atendimento<sup>(3,18-19,32)</sup>.

Para además del establecimiento de un grupo más expuesto, los autores remeten a una profunda relación existente entre la representación de la ideología de género y la ocurrencia de la VO. La imagen de la mujer consolidada culturalmente como un ser reproductor, sumiso, con inferioridad física y moral abre precedente para la dominación, lo control, abusos y la coacción de sus cuerpos y de su sexualidad, entrelazados por las cuestiones discriminatorias<sup>(3,10-11,18-19,24-25,28-31,33)</sup>. En esa concepción de género, las mujeres son objetivadas, rotuladas naturalmente como cuerpos reproductores. La subjetividad de ellas es anulada y son destituidas de cualquier derecho de elección<sup>(3,31,33)</sup>.

La VO es una cuestión feminista, fruto de una opresión patriarcal que lleva a la reducción, a la represión y a la objetivación de los cuerpos femeninos, limitando su poder y sus maneras de expresión. Al contrario del pensamiento masculino de fragilidad, el cuerpo femenino es fuerte, activo, creativo, capaz de soportar situaciones como el trabajo de parto y parto; por eso necesita de domesticación y control para reducirlo a una condición de objeto, "desactivado", alienado, silencioso, así pasible de ser violado<sup>(31)</sup>. La mujer, en ese escenario, es destituida de su identidad, fragmentada, dejando su totalidad y pasando a ser apenas un útero, en abrigo para el feto, una máquina de hacer bebés o apenas la "madre"<sup>(3,15,19,28)</sup>.

Los actos violentos son practicados por profesionales de salud – en su mayoría médicos – pautados por su saber técnico y científico, por relaciones jerárquicas y desiguales de poder y autoridad, en in modelo biomédico hegemónico y patriarcal que segrega e ilegítima del poder femenino sobre su cuerpo, tornándolo pasivo y disciplinado<sup>(3,10,15,26,29,32-33)</sup>.



Se produce una ruptura en la relación de confianza entre mujeres y profesionales de salud, generando fragilidad de vínculos existentes, pérdida de la singularidad y subjetividades humanas. Ante la legitimidad simbólica que el "saber-poder" impone a los médicos, sin embargo, la mujer se sujeta a concordar con las voluntades impuestas por los profesionales, volviéndose dependiente, subordinada y rehén de ese ciclo violento, alimentado por el miedo e inseguridad existentes de los procesos obstétricos<sup>(3,10-11,26)</sup>.

Otra reflexión importante apuntada por algunos autores se fundamenta en la paradoja entre el ejercicio de la VO por profesionales de la salud del sexo femenino, en algunos momentos identificados como verdugos, más violentos que sus colegas hombres en el ejercicio de la obstetricia. Hay una negativización del fenómeno de la feminización de la asistencia gineco-obstétrica asociada al creciente problema de la VO y a las cuestiones de género. También se resalta la dicotomía existente en ese proceso, por ser ejecutoras y potencialmente víctimas cuando necesitan de asistencia en alguna demanda obstétrica<sup>(27)</sup>.

El profesional de la salud, a su vez, tiene dificultades para identificarse como el causante de VO en sus diferentes formas, transponiendo la práctica en actos naturales, justificables y necesarios, que se realizarían para el "bien" de las pacientes y de sus bebés, lo que legitima sus acciones<sup>(10,26-27,33)</sup>. Esta forma de actuar no caracteriza la violencia en su aspecto ético-moral, creando formas deseables de aceptar y calificar los actos violentos en el cuidado a las mujeres en el contexto obstétrico. La banalización de la VO, discretamente naturalizada en conductas consideradas como "bromas" y "chistes" por profesionales de la salud es hasta esperada por las pacientes, que, socialmente difunden esa realidad a otras mujeres como algo normal de la vida cotidiana<sup>(10)</sup>.

Otra explicación comúnmente atribuida por los profesionales en el intento de "justificar" el escenario violento de la asistencia obstétrica son los elementos como la sobrecarga de trabajo, los recursos humanos escasos, el agotamiento físico y mental de los profesionales, la precariedad de las condiciones existentes para la atención de las mujeres, y la carencia de una infraestructura adecuada de las instituciones. La agregación de estos problemas genera ambientes estresantes, descalificados y pasibles de la ocurrencia de los diferentes tipos de VO, culminando en la falta de compromiso asistencial de los profesionales de salud, que también se sienten violados por las inadecuadas condiciones de trabajo<sup>(8,10,27,29)</sup>. Movidos por un sentimiento de impunidad y pasividad, los profesionales de salud perpetúan las prácticas violentas

durante la asistencia obstétrica, substituyendo la ética de las relaciones por el cuidado deshumano, altamente tecnológico e invasivo<sup>(10)</sup>.

Otro contrapunto importante para la permanencia de los actos violentos en la asistencia obstétrica se firma en el desconocimiento de la mujer en relación a sus derechos sexuales y reproductivos. En realidad, las mujeres no logran distinguir si sufrieron o no actos violentos porque confían en los profesionales que conducen la asistencia y, también, por la propia condición de fragilidad física y emocional que los procesos obstétricos traen. Así, acaban aceptando procedimientos sin ningún cuestionamiento, no expresan sus deseos, sus dudas y, en silencio, sufren sin al menos tener conocimiento de que fueron violadas<sup>(19,24-25,33-34)</sup>. Esta pasividad permite la imposición autoritaria de normas y valores morales despectivos por profesionales de salud que, una vez más, juzgan saber lo que es mejor para las pacientes colocándolas en una situación de impotencia<sup>(25,33)</sup>.

Algunas estrategias para la prevención y el enfrentamiento de la VO son propuestas en los textos analizados en esta revisión, siendo discutidos cambios que abarcan múltiples dimensiones, como la discusión sobre el modelo asistencial obstétrico en vigor en el mundo, la concientización de las mujeres y de la población general acerca de la temática y de sus derechos y el fomento de investigaciones que trabajen asuntos dirigidos a la VO, buscando elucidar cuestionamientos aún no respondidos en los estudios existentes<sup>(18,29)</sup>.

Algunos autores exaltan la importancia de profundos cambios en el modelo de formación de los recursos humanos de la salud, tanto en los cursos de graduación, como en los de postgrado. Las temáticas como los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las relaciones de género, el código de ética, la asistencia fisiológica al trabajo de parto y parto, la humanización de la asistencia en obstetricia, la enseñanza de la práctica basada en evidencias deben formar parte de la rutina académica de los futuros profesionales, para reflexiones sobre el contexto actual y sobre qué cambios se hacen necesarios para la construcción de una asistencia respetuosa, humana e integral<sup>(18,29)</sup>.

Otro punto importante resaltado por los autores fueron las inversiones necesarias para la formación de enfermeras obstetras y obstetras profesionales que actúan en la asistencia al parto fisiológico y repercuten positivamente en la reducción de procedimientos iatrogénicos, en la promoción del parto humanizado y en la reducción de cesáreas innecesarias<sup>(18)</sup>.

En lo que se refiere a las intervenciones dirigidas a las mujeres, los autores colocaron la necesidad de proporcionar informaciones sobre las cuestiones que

involucran a la VO, tener acceso a la base de evidencias e informaciones imparciales sobre intervenciones obstétricas, promoviendo el fortalecimiento de la mujer como sujeto de derecho y de su autonomía en la asistencia que se les presta<sup>(18,25-26,28-29,33)</sup>.

Se debe garantizar los derechos fundamentales en la asistencia obstétrica que se sustenta en la desmedicalización del nacimiento y en la práctica basada en evidencias, atendiendo a cuestiones como la presencia del acompañante, la posibilidad del parto en posición vertical, el cumplimiento del plan de parto construido por la mujer, el consentimiento libre y esclarecido antes de la realización de procedimientos médicos (como episiotomía, la cesárea), el uso comedido y apropiado de tecnologías<sup>(15-16,18-20,28)</sup>.

En las acciones dirigidas a la concientización de la población general sobre la cuestión de la VO, es fundamental dar visibilidad al problema, con la creación de canales para la denuncia y la responsabilidad de los diferentes actores involucrados - instituciones, gestores, profesionales de salud, Ministerio Público, Defensorías Públicas. Se destaca que, en los últimos años, iniciativas vinculadas a los movimientos de mujeres, entidades gubernamentales, no gubernamentales y sociedad civil han contribuido a la amplia discusión de ese fenómeno y la elaboración de estrategias para la denuncia, enfrentamiento y castigo de los responsables, resaltando la necesidad de que esos grupos se involucren en las decisiones que deben tomarse ante la lucha por el fin de las diversas formas de violencia<sup>(18-20,23-25,29,33)</sup>.

Se busca la creación de leyes, decretos y políticas públicas que protejan a las mujeres contra la VO, reconozcan el derecho a una asistencia libre de violencia y reivindiquen la autonomía sobre sus cuerpos; por la lucha para que las entidades judiciales consideren la VO un delito con atribución de penas, que pueden variar entre el pago de multas, procedimientos disciplinarios hasta condenas de prisiones mediante el juicio de los actos cometidos por los agresores<sup>(11,15-16,19,24,29-30)</sup>. El enfrentamiento de VO se firma en la divulgación de informaciones para la sociedad civil, mujeres, movimientos sociales, profesionales de salud, instituciones sobre la existencia de esas regulaciones y las repercusiones legales de la práctica de los actos de violencia en el escenario obstétrico<sup>(15,20,23,29,33)</sup>.

No basta con castigar, es necesario promover acciones de prevención y, en algunos casos, reparar situaciones ya existentes en busca de cuidados obstétricos respetuosos, dignos, que promuevan cambios, así como el reparto de las responsabilidades entre todos los involucrados en el proceso - profesionales de la salud y gestores de servicios<sup>(17,30)</sup>.

Al finalizar la discusión propuesta en esta revisión, resaltamos algunos avances en el conocimiento como el delineamiento de las formas de VO que posibilita la identificación de su ocurrencia en la atención obstétrica y revela a los profesionales de salud el desafío de ofrecer a las mujeres una asistencia libre de violencia. Las reflexiones propuestas buscaron aclarar las principales explicaciones para la subsistencia de la VO permitiendo la proposición de nuevos debates sobre cuestiones incipientes como las estrategias para la sensibilización de las instituciones, de los profesionales de la asistencia y entidades de clase para la temática.

Así, es necesario avanzar en la discusión sobre las formas de enfrentamiento de la VO en el ámbito nacional y las posibles estrategias de implementación de estas acciones en los diferentes servicios de obstétrica. La dificultad en la obtención de datos sobre la ocurrencia y las características de la VO en los servicios que componen la red suplementaria inviabilizó una mirada ampliada para la temática que abarque este escenario y sugiere la importancia de ampliar los estudios que contemplan a las mujeres asistidas en estos servicios.

## Conclusión

La síntesis de los hallazgos de los estudios permitió el delineamiento de las características de la VO como un evento manifiesto en los actos negligentes, imprudentes, omisos, discriminatorios e irrespetuosos practicados por profesionales de salud y legitimados por las relaciones simbólicas de poder y por el conocimiento técnico-científico que naturalizan y banalizan su ocurrencia en el escenario obstétrico. Así, la VO retrata una violación de los derechos humanos y constituye un grave problema de salud pública.

Se resalta que la proposición de estrategias de prevención y enfrentamiento del evento atraviesa la formación académica, la concientización de las mujeres, la movilización social, la creación de leyes y políticas públicas, en un desafío conjunto para garantizarles una asistencia obstétrica libre de violencia y firmada en los derechos sexuales y reproductivos.

## Referencias

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

- <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>.
3. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface Comun Saúde Educ*. [Internet]. 2011 Jan [cited Jun 2, 2017]; 15(36):79-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf><http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>.
  4. Bellón Sánchez S. Obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. *Dilemata Int J Appl Ethics*. [Internet]. 2015 May [cited Jun 15, 2017];7(18):93-111. Available from: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>.
  5. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited Jun 12 2017]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1).
  6. Fernández Guillén F. What is obstetric violence? Some social, ethical and legal aspects. *Dilemata Int J Appl Ethics*. [Internet]. 2015 May [cited Jun 15, 2017];7(18):113-28. Available from: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>.
  7. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2010 Dec [cited Jun 5, 2017];111(3):201-2. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2010.09.002/pdf>.
  8. Regis JFS, Resende VM. "Then you delivered my daughter": critical discourse analysis of a letter to the obstetrician. *DELTA*. [Internet]. 2015 Jul [cited Jun 15, 2017];31(2):573-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/delta/v31n2/1678-460X-delta-31-02-00573.pdf>.
  9. Gómez Pérez BA, Oliveira EV, Lago MS. Perceptions of postpartum during labor and delivery: integrative review. *Rev Enferm Contemp*. [Internet]. 2015 Jan [cited Jun 18, 2017];4(1):66-77. Available from: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472/436>.
  10. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2013 Nov [cited Jun 25, 2017];29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>.
  11. Felitti K. Without pain you will bring forth children: medical power, gender, and politics in new forms of assisted childbirth in Argentina (1960-1980). *Hist Cienc Saude Manguinhos*. [Internet]. 2011 Dec [cited Jun 25, 2017];18(suppl.1):113-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/07.pdf>.
  12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2008 Oct [cited Jun 19, 2017];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
  13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo)*. [Internet]. 2010 Mar [cited Jun 02, 2017];8(1 Pt 1):102-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>.
  14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice [Internet]. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011 [cited Jun 15 2017]. Available from: <http://file.zums.ac.ir/ebook/208-Evidence-Based%20Practice%20in%20Nursing%20&%20Healthcare%20-%20A%20Guide%20to%20Best%20Practice,%20Second%20Edition-Be.pdf>.
  15. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. [Internet]. 2012 Mar [Acceso 5 jul 2017];72(1):4-12. Disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es).
  16. Terán P, González Blanco M, Ramos D, Castellanos C. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. [Internet]. 2013 [Acceso 27 jun 2017];73(3):171-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>.
  17. Biscegli TS, Grió JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Obstetrical violence: profile assistance of a state of São Paulo interior maternity school. *Cuid Arte Enferm*. [Internet]. 2015 Jan [cited Jun 10, 2017];9(1):18-25. Available from: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facpfa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>.
  18. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev*. [Internet]. 2015 [cited Jun 2, 2017];25(3):377-84. Available from: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629>.
  19. Zacher Dixon L. Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Q*. [Internet]. 2015 Dec [cited Jun 12, 2017];29(4):437-54. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/maq.12174/pdf>.
  20. Pereira C, Toro J, Domínguez A. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. [Internet]. 2015 Jun

- [Acceso 15 jun 2017];75(2):81-90. Disponible en: [http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0048-77322015000200002](http://www.scielo.org/ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002).
21. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, et al. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. [Internet]. 2015 May [cited Jun 8, 2017];94(5):508-17. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/epdf>.
22. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Routine behaviors in birth care that constitute obstetrical violence. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. [Internet] 2015 Jan [cited Jun 26, 2017];20(68):113-20. Available from: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/19763/19710>.
23. Abuya T, 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>.
24. Pickles C. Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. *SA Crime Quart*. [Internet]. 2015 Dec [cited Jul 5, 2017];(54):5-16. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746>.
25. Silva RLV, Lucena KDT, Deininger LSC, Martins VS, Monteiro ACC, Moura RMA. Obstetrical violence under the look of users. *Rev Enferm UFPE On Line*. [Internet]. 2016 Dec [cited Jun 8, 2017];10(12):4474-80. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9982/pdf\\_1791](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9982/pdf_1791).
26. Castrillo B. Tell me by whom is defined and i'll tell if it is violent: a reflection on obstetric violence. *Sex Salud Soc. (Rio J.)* [Internet]. 2016 Dec [cited Jul 20, 2017];(24):43-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sess/n24/1984-6487-sess-24-00043.pdf>.
27. Pozzio MR. The gynecology obstetrics in México: between "humanized childbirth" and obstetric violence. *Rev Estud Fem*. [Internet]. 2016 Jan [cited Jul 15, 2017];24(1):101-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v24n1/1805-9584-ref-24-01-00101.pdf>
28. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2016 May [cited Jul 5, 2017];24(47):65-73. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.05.001>.
29. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2016 May [cited Sep 09, 2017];24(47):47-55. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.
30. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters*. [Internet]. 2016 May [cited Aug 10, 2017];24(47):56-64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808016300040>.
31. Shabot SC. Making loud bodies "feminine": a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Hum Stud*. May [Internet]. 2016 [cited Jul 28, 2017];39(2):231-47. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>.
32. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2016 Jan [cited Jun 18, 2017];16(1):29-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>.
33. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Women's perception on obstetric violence. *Rev Enferm UFPE On Line*. [Internet]. 2017 Jan [cited Jul 5, 2017];11(1):40-6. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf\\_2097](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf_2097).
34. Rodrigues FA, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC. Violence obstetric in the parturition process in maternities linked to the Stork Network. *Reprod Clim*. [Internet]. 2017 May [cited Jun 18, 2017];32(2):78-84. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>.


Recibido: 01.10.2017

Aceptado: 14.08.2018

Autor correspondiente:

Danúbia Mariane Barbosa Jardim

E-mail: [danubia.barbosaj@gmail.com](mailto:danubia.barbosaj@gmail.com)

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

**Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.