



## ORIGINALES

### Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal

Formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal  
Forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth

Isaiane da-Silva-Carvalho<sup>1</sup>  
Rosineide Santana-Brito<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera. Maestría en Enfermería por la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Brasil.

<sup>2</sup>Enfermera. Doctora en Enfermería por la Universidad Federal de São Paulo. Profesora del Programa de Posgraduación en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande del Norte. Brasil.

E-mail: [isaianekarvalho@hotmail.com](mailto:isaianekarvalho@hotmail.com)

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.250481>

Recibido: 10/02/2016

Aceptado: 28/05/2016

#### RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las formas de violencia obstétrica experimentadas por las madres que tuvieron un parto normal.

**Método:** Estudio descriptivo, con un enfoque cualitativo, desarrollado con 35 puérperas, en dos maternidades públicas municipales existentes en la ciudad de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, que tuvieron parto vaginal, con niño vivo, y en condiciones físicas y emocionales para responder a las preguntas propuestas. Fueron excluidas las adolescentes sin tutor legal y las puérperas que dieron a luz fuera del hospital.

**Resultados:** Los informes de las madres representan las formas de violencia obstétrica de las que eran víctimas, que se caracteriza por las palabras y actitudes de los profesionales de la salud que las asistieron.

**Conclusiones:** En el marco del nuevo modelo de asistencia al parto y al nacimiento, la violencia obstétrica no debería tener espacio y profesionales de la salud deben actuar para garantizar un servicio decente, con una calidad y un trato respetuoso. El tiempo en que la única opción era el silencio y soportar llegó a su fin.

**Palabras clave:** Parto normal; Servicios de salud materna; Violencia contra la mujer; Mujeres.

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar as formas de violência obstétrica vivenciadas por puérperas que tiveram parto normal.

**Método:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido junto a 35 puérperas, nas duas maternidades públicas municipais existentes na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, que tiveram parto pela via transpélvica, com filho vivo, e em condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos propostos. Foram excluídas adolescentes sem responsável legal e puérperas que pariram fora da maternidade.

**Resultados:** Os relatos das puérperas retratam as formas de violência obstétrica da qual foram vítimas, caracterizadas por palavras e atitudes dos profissionais de saúde que as assistiram.

**Conclusões:** No âmbito do novo modelo de assistência ao parto e nascimento a violência obstétrica não deve ter espaço e os profissionais de saúde devem atuar no sentido de garantir um atendimento digno, com qualidade e tratamento respeitoso. O tempo em que a única opção era silenciar e suportar chegou ao fim.

**Palavras chave:** Parto normal; Serviços de saúde materna; Violência contra a mulher; Mulheres.

## ABSTRACT

**Objective:** Identify forms of obstetric violence experienced by mothers who had normal birth.

**Methods:** Descriptive study with a qualitative approach, developed with 35 puerperal women, in both public maternity hospitals existing in the city of Natal, Rio Grande do Norte, Brazil, who gave birth by vaginal delivery with a live child, and physical and emotional conditions to answer the proposed questions. adolescents were excluded without legal guardian and mothers who gave birth outside the hospital.

**Results:** The reports of mothers portray forms of obstetric violence of which they were victims, characterized by words and attitudes of health professionals who attended them.

**Conclusions:** Under the new delivery care model and birth obstetric violence should have no space and health professionals should act to ensure decent service, with quality and respectful treatment. The time when the only option was silencing and enduring has ended.

**Keywords:** Natural childbirth; Maternal health services; Violence against women; Women.

## INTRODUCCIÓN

Durante el proceso del parto muchas mujeres son víctimas de abusos y tratamiento irrespetuoso en el ámbito de las instituciones de salud. Esta realidad, que afecta a varios países, además de violar los derechos de estas mujeres a la atención de calidad, pone en peligro su integridad física y mental en un momento de extrema singularidad. Por lo tanto, además de un problema de salud pública, ha sido una cuestión de derechos humanos<sup>1</sup>.

La violencia, sea del orden físico, emocional o simbólica, es productora de alto grado de sufrimiento<sup>2</sup> siendo, a veces, presentada de una manera tan sutil que es difícil verla y, por lo tanto, dar mayor realce a este tema<sup>3</sup>. En este contexto, la violencia obstétrica incluye cualquier acción que produce efectos negativos de carácter físico y psicológico durante el proceso de parto natural. La mayoría de las veces, su materialización se produce a través de un tratamiento deshumanizado que surge de profesionales de la salud<sup>4</sup>.

Por esta realidad, es necesario entender el significado de la violencia obstétrica, pero esto no es tarea tan fácil debido a los numerosos conceptos que surgieron en los últimos años. Uno de ellos, presentes en la legislación de Venezuela, pionera en América Latina, al volver a la violencia obstétrica ilegal, afirma ser este tipo de violencia "apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizado de la ONU, en un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales [...]"<sup>5:30</sup>.

En Brasil, una encuesta sobre mujeres brasileñas y género en espacios públicos y privados mostró que el 25% de los encuestados fueron víctimas de la violencia obstétrica<sup>6</sup>. Otro estudio, llevado a cabo en una maternidad en São Paulo, Brasil, mostró porcentaje similar, 27,9 %. Se destacaron como expresiones de violencia, la realización de procedimientos sin la debida explicación o permiso dado (27,3%) por la mujer, como la episiotomía, amniotomía artificial y enema. También se observaron fallas en responder preguntas (16,3%) y la prohibición de la presencia de compañeros (9,3%)<sup>7</sup>.

Al analizar la presencia de la violencia obstétrica asociada con las prácticas que se recomiendan en la asistencia al parto vaginal, los resultados son peores. Se identificó prevalencia de 86,57% en una maternidad-escuela en el Noreste, siendo las principales prácticas perjudiciales los esfuerzos de empuje (65%), la administración de oxitocina (41%) y el uso rutinario de la posición supina (39%)<sup>8</sup>.

Esta realidad contrasta con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, que recomienda la ocurrencia de un parto normal, de forma espontánea, sin inducciones, teniendo la parturienta el derecho a la privacidad, el respeto a la elección del lugar de nacimiento, el apoyo empático de proveedores de servicios, presencia de un compañero, la libertad de posición, estímulo a posiciones no supina, así como la ausencia de restricción de agua<sup>9</sup>.

Por lo tanto, es evidente que el modelo obstétrico brasileño, marcado por la necesidad de un parto rápido, donde el respeto a la autonomía de la mujer, en algunas situaciones, es olvidado, favorece la aparición de intervenciones innecesarias, sin prácticas basadas en la evidencia científica que las apoyan, condición que favorece la aparición de la violencia obstétrica<sup>10</sup>.

Se entiende que la identificación de las formas de violencia es una forma de reconocer la existencia del problema y cómo es su manifestación. Por lo tanto, los resultados de este estudio pueden contribuir al desarrollo de estrategias para mitigar los problemas actuales presentes en el contexto obstétrico. Además, servirán como parámetros para el análisis de otras realidades que presentan imágenes similares. Dicho esto, el objetivo fue identificar las formas de violencia obstétrica experimentadas por las madres que tuvieron un parto normal.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, en el que se entrevistó a 35 madres. Esta investigación forma parte del proyecto titulado "Asistencia al parto normal: una evaluación de la calidad", desarrollado en dos maternidades públicas en funcionamiento de Natal, Rio Grande do Norte, nordeste de Brasil, durante los meses de marzo a julio de 2014. Estas maternidades fueron elegidas porque representan la atención pública obstétrica ofertadas a las mujeres embarazadas en los casos de parto con riesgo normal, convirtiéndose en campo propicio para la investigación de este estudio.

Se adoptaron los siguientes criterios de inclusión: madres que dieron a luz por parto vaginal, con el niño vivo, y en condiciones físicas y emocionales para responder a las preguntas propuestas. Adolescentes sin tutor legal y las madres que dieron a luz fuera de la maternidad fueron excluidas.

Las participantes fueron seleccionadas a través de invitación por vía oral durante una visita al alojamiento conjunto. Inicialmente, los objetivos de la investigación fueron presentados, así como su relevancia, destacándose la importancia de la participación. Después de la aceptación, la entrevista fue iniciada en el sitio con previa lectura y firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido. Se destacó que en cualquier momento se podría solicitar la exclusión de la investigación, sin pérdida de ningún tipo.

Las entrevistas fueron numeradas según el orden de aparición y el número posteriormente utilizado para la codificación, para asegurar el anonimato de las madres.

El instrumento de recogida contenía las cuestiones relativas a las características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, información del embarazo actual y sobre el hecho de que las puérperas han sentido o se sienten intimidadas y/o avergonzadas por cualquier palabra o frase mencionada por los profesionales de la salud. Para esto, se optó por la entrevista semiestructurada.

Se utilizó el análisis de contenido segundo Bardin<sup>11</sup>, que involucró las siguientes etapas: pre-análisis; exploración del material; y el procesamiento de los resultados, la inferencia, y la interpretación. Durante el pre-análisis, las líneas escritas de las participantes fueron organizadas basadas en las reglas de la integridad, la consistencia y la relevancia y, más tarde, fue ejecutada una lectura flotante para entender las impresiones iniciales del material, seguida de lecturas sucesivas para identificar unidades de registro. La exploración del material permitió que los datos fuesen agrupados por similitud, lo que permite la identificación de sus características. Por último, la información fue procesada, haciéndose significativa y válida. Después de este proceso, se identificaron dos categorías, a saber: palabras y actitudes.

Es de destacar que el estudio siguió los principios éticos de la investigación, para cumplir con la Resolución n° 466/12 del Consejo Nacional de Salud. El proyecto recibió una opinión favorable sobre su aplicación por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Federal de Río Grande del Norte, con el n° 562,313, de 28 de febrero de 2014, y el Certificado de Evaluación para Presentación Ética: 25958513.0.0000.5537.

## **RESULTADOS**

En esta sección, se presentan las características sociodemográficas de los participantes y los temas resultantes de sus líneas.

### **Características de las puérperas**

Las puérperas entrevistadas tenían entre 18 y 36 años, eran pardas (21 puérperas) tenían de 4 a 16 años de estudios, vivían en una unión consensual (20 puérperas), seguido de casadas (9 puérperas) y tenían renta que oscilaba entre menos de 1 salario mínimo hasta 8 veces el salario mínimo. El salario mínimo en el momento de las entrevistas era de R\$ 724,00. Las primíparas componían la mayoría (19 puérperas) y 34 recibieron atención prenatal, comenzando, por lo general, en el tercer trimestre (25 puérperas) y con número de consultas que varió de 1 a 13. Todas fueron atendidas por un profesional de la salud y parieron con edad gestacional entre 37 y 41 semanas.

Los informes de las puérperas se describen a continuación y representan las formas de violencia obstétrica que ellas sufrieron, que se caracteriza por las palabras y actitudes de los profesionales de la salud que las asistieron.

## Palabras

Muchas fueron las ocasiones durante el proceso del parto que la violencia obstétrica estaba presente. Los comentarios inapropiados, procedentes de algunos profesionales de la salud, reflejan una asistencia poco humanizada, y que marca profundamente la experiencia del parto y el nacimiento.

Ella (profesional) me reprochaba por la cantidad de hijos que tengo. Ella dijo, "todavía quiere más" (E30).

El médico actuó con ignorancia. Dijo que yo no estaba lista para dar a luz (E14).

La profesional (técnica de enfermería) llegó y no se identificó, ya estaba manejando en mi suero, era dura y tenía un montón de falta de humanización (E29).

Pedí que la llamaran (médica) tres veces, pero no creía que estaba dando a luz porque había llegado hacía poco tiempo. Cuando llegó y vio, dijo: "vaya, vaya", pero yo estaba teniendo una contracción y pedí esperar. Ella no quiso saber (E8).

Del mismo modo, las críticas del acto de gritos o gemidos durante el parto estaban presentes en las respuestas de las puérperas. Estas manifestaciones, que reflejan la singularidad y la expresión de cada entrevistada, independientemente de que sea el primer embarazo o no, fueron duramente cuestionadas. Las que testificaron que han emitido gritos y gemidos pasaron por momentos de intimidación, incluyendo la amenaza de quedarse sola en un momento de gran debilidad.

La técnica de enfermería dijo que si yo continuase gritando, me dejaría sola (E16).

La médica me dijo que dejara de gemir, porque era un momento mágico y yo estaba lo haciendo sufrido, pasando el sufrimiento a los que estaban cerca de mí (E33).

La enfermera dijo, "usted hace escándalo, llora, hace ruido. En el primero, usted no hizo eso" (E21).

"No tiene que gritar tan fuerte sólo para empujar" Cuando dije que me iba a desmayar: "Desmaye, solo no deje de hacer fuerza" (E23).

## Actitudes

El problema del dolor fue reportado por las puérperas entrevistadas. El dolor es considerado inherente al proceso de parto y parte de los mecanismos fisiológicos del parto. Además, otros dolores pueden estar presentes en ese momento. Como un ejemplo, existe el dolor causado por la forma en que se realiza el toque vaginal y la que resulta de episiorrafia o incluso el proceso de curación, como se describe a continuación:

El doctor me llamó sucia y repugnante. Después de su sexto hijo, usted no está soportando este dolor (en el momento del toque). La persona puede tener 10 hijos, pero siempre siente el dolor. No es porque yo tenía 6 niños que no puedo sentir dolor (E13).

El médico dijo que estaba complicando, no facilitaba. El toque estaba doliendo. En lugar de facilitar, yo estaba complicando. Le dije que estaba doliendo (E20).

Sentía dolor durante los puntos y se lo dije al doctor, pero dijo que ya había puesto la anestesia y no podía hacer nada. Así que le dije que hiciera su trabajo, pero me estaba doliendo, estaba (E2).

Cuando me quejé que los puntos estaban doliendo (alojamiento conjunto) la técnica dijo, "el dolor es para sentirlo y todavía sentirá más" (E31).

La posición de parto fue otro factor que generó situaciones incómodas para las entrevistadas. La dificultad en permanecer en la posición conveniente para los profesionales llevó a las mujeres a ser, a veces, tratadas con ignorancia, siendo, incluso, presionadas psicológicamente con la responsabilidad de los posibles daños al niño.

El médico, con gritos, empujones e ignorancia, me dijo que estuviera quieta y abriera las piernas, de lo contrario podría machacar al niño (E15).

El médico, con ignorancia, decía: piernas más abiertas (E11).

La enfermera me dijo que no cerrara las piernas, si no yo mataría al bebé (E4).

## DISCUSIÓN

Con los informes presentados, parecía que la relación que se establece entre los profesionales y la parturienta, vista como dura y distante de lo que es preconizado por el movimiento para la humanización del parto, reaviva varias discusiones. Una se refiere a la percepción de la violencia por parte de los sujetos involucrados en el proceso, especialmente para los que la practican.

A veces, el uso de frases peyorativas y represivas se confunde como una forma de ejercer la autoridad en el entorno institucional. Esto evidencia las actitudes guiadas por las relaciones de género que históricamente ponen en peligro los derechos de la mujer<sup>12</sup>. En un intento de imponerse, profesionales terminan olvidando lo más importante, y la verdadera razón por la que les llevan a estar presentes en esa ocasión: para ayudar, apoyar y prestar ayuda.

Durante el parto, la mujer necesita atención, esclarecimientos sobre lo que se hará, el respeto y la empatía, y, sobre todo, la posibilidad de participar activamente en esta fase de su vida<sup>13</sup>. Sin embargo, cuando estas actitudes no están presentes, el resultado del parto y nacimiento puede ser desfavorable, representando, a veces, una experiencia negativa en la vida de la que la experimenta.

Del mismo modo, este comportamiento refleja defectos en la formación de los que alimentan un sistema de salud obstétrica con numerosas deficiencias, marcado por los procedimientos sin el apoyo científico necesario<sup>14</sup>. Como resultado de este proceso, ocurre la entrada en el mercado laboral de profesionales que no reconocen las necesidades de las mujeres durante el parto. Además, el impacto de sus acciones y palabras en una ocasión tan especial en la vida de una mujer pasa desapercibida.

Los informes también revelan una relación de poder entre los profesionales y las púérperas, que están claramente en nivel de inferioridad. En esta condición, ellas



tuvieron su dolor silenciado por el miedo, y fueron amenazadas por los que deberían proporcionar apoyo y ayuda.

Los gritos y gemidos incomodan los profesionales, ya que, muchas veces, revelan la necesidad de atención, con el objetivo de tranquilizar a la mujer o incluso responder a sus preguntas sobre el proceso del parto. Cuando esto no es posible, el silencio parece ser la opción más rápida y más eficiente para resolver el problema. Así, la parturienta es vulnerable a los diferentes tipos de violencia.

Estudio sobre la violencia institucional desde la perspectiva de los usuarios en los hospitales de São Paulo, Brasil interpretó a la parturienta como 'escandalosa'. Este atributo caracteriza a la mujer que grita, que no hace fuerza y/o a menudo acciona el equipo. Para las entrevistadas, estas son más propensas a ser mal atendidas, dejándole como única opción, el silencio<sup>15</sup>. Cuando una mujer está en silencio, no es sólo el dolor que omite, pero también sus miedos, sus angustias, sus dudas. Este es el ejemplo más claro de la represión sufrida por las mujeres durante el proceso de nacimiento: no ser capaz de expresar libremente su singularidad en un momento de incomodidad, sobre todo causado por el dolor del parto.

Sobre el dolor durante el parto, se entiende que se trata de una experiencia sensorial subjetiva y el nivel varía de acuerdo a la singularidad de cada persona. Durante el parto, el dolor que se siente por las mujeres es predecible. Sin embargo, dado que cada mujer la vivencia de maneras diferentes, los profesionales deben respetar la individualidad de cada mujer en el trabajo<sup>16</sup>. El hecho de que el dolor fisiológico es parte del proceso abre en las ideas profesionales la concepción de que cualquier otro tipo de dolor también es aceptable y debe ser soportada por las mujeres. Esto queda claro cuando uno se da cuenta de que los testimonios de las entrevistadas no abordan el dolor fisiológico del parto, algo relatado en otros estudios<sup>17-19</sup>. Mientras tanto, el dolor resultante de los procedimientos obstétricos inserto en el campo obstétrico ha sido mencionado por algunas de las entrevistadas.

La mujer se ve obligada a soportar cualquier tipo de dolor y las que no lo hacen, son hostilizadas. Romper con la idea de que el parto es sinónimo de dolor y sufrimiento puede ser tal vez el primero paso para entender el dolor de ese momento de otra forma y con la sensibilidad que el momento requiere.

En términos del parto en la posición de litotomía, está claro que demuestra un escenario construido para profesionales y no para las mujeres. A veces, esta es la única opción para traer a su hijo al mundo<sup>20</sup>. Las formaciones de la atención durante el parto consideran esta posición como una referencia, así como libros que tratan de los mecanismos de parto vaginal. También facilita al profesional para controlar el ritmo cardíaco del feto. Sin embargo, la mujer se siente más participativa cuando puede elegir la posición que mejor se adapte a sus necesidades<sup>21</sup>.

Obligar a una mujer a dar a luz en la posición de litotomía o no dar otras opciones denota la supresión de la libertad y la imposición del poder. Tendida, en completa desventaja, ella se encuentra a merced de los profesionales que aquí tienen la oportunidad de imponer sus comodidades, sin tener en cuenta las necesidades y los deseos de la parturienta. Este contexto marca la derrota del poder de la mujer, la libertad de elección y el control de su propio cuerpo.

## CONCLUSIONES

En el marco del nuevo modelo de atención del parto y el nacimiento que poco a poco intenta ser establecido, en contraposición al modelo hegemónico, la violencia obstétrica no debe tener ningún espacio. Si, por mucho tiempo, se mantuvo invisible, convirtiéndose inherente al proceso de parto y el nacimiento, se puede ver hoy en día en sus diversas manifestaciones. En el presente estudio, se identificó la violencia cuya revelación fue a través de palabras y acciones provenientes de los profesionales que trabajan junto a la parturienta.

Reconociendo la existencia de este grave problema que afecta a las mujeres en los diferentes lugares del mundo, también hay que buscar estrategias de afrontamiento. No son solamente palabras o actitudes vacías, sin pretensiones, pero sí de marcas que se pueden imprimir en el alma de estas mujeres para toda la vida. Si el impacto es considerable, también lo deben ser las sanciones impuestas a los que practican la violencia obstétrica. Criminalizar a ella, al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, puede ser una alternativa en la búsqueda de soluciones a este problema. Además, los profesionales de la salud deben tomar medidas para garantizar un servicio decente, con la calidad y tratamiento respetuoso, teniendo en cuenta los derechos conquistados por las mujeres en el campo obstétrico. Del mismo modo, las condiciones de trabajo difíciles no pueden ser tenidas en cuenta como justificación para la violencia obstétrica. El momento en el que la única opción era el silencio y soportar llegó al final.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: WHO; 2015 [cited 2016 Feb 02]. 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)
2. Carneiro R. “Para chegar ao Bojador, é preciso ir além da dor”: sofrimento no parto e suas potencialidades. *Sex, Salud Soc.* 2015; (20):91-112.
3. Dixon LZ. Obstetrics in a time of violence: mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Q.* 2015; 29(4):437-54.
4. Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre el tema de violencia obstétrica. *Acta méd. costarric.* 2015; 57(3):143-4.
5. Tribunal Supremo de Justicia (Venezuela). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Caracas: Asamblea Nacional; 2006 [cited 2016 Feb 02]. Available from: [http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf)
6. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: FPA; 2010 [citado 2016 fev 03]. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>
7. Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga AT. Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte Enferm.* 2015; 9(1):18-25.
8. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2016; 16(1): 29-37.
9. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.



10. Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*, 2014; (30):S17-S47.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 2004.
12. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(11): 2287-96.
13. Wilde-Larsson B, Sandin-Bojór AK, Starrin B, Larsson G. Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartum care: a nationwide Swedish cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2011; 20(7-8):1168-77.
14. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev Rene*. 2014; 15(4):720-8.
15. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):79-92.
16. Mafetoni RR, Shimo AKK. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: revisão integrativa. *Rev Min Enferm*. 2014; 18(2):505-12.
17. Frello AT, Carraro TE, Bernardi MC. Cuidado e conforto no parto: estudos na enfermagem brasileira. *Rev Baiana Enferm*. 2011; 25(2):173-84.
18. Zafar S, Najam Y, Arif Z, Hafeez A. A randomized controlled trial comparing Pentazocine and Chamomilla recutita for labor pain relief. *Homeopathy*. 2016; 105(1):66-70.
19. Koyyalamudi V et al. New labour pain treatment options. *Curr Pain Headache Rep*. 2016; 20(2):11.
20. García-Jordá D, Díaz-Bernal Z, Álamo MA. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(7):1893-1902.
21. Botell ML, Bermúdez MR. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. 2012; 38(1):134-45.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia