

**Cómo el trabajo precarizado en la salud afecta al modo de nacer: revisión integrativa sobre violencia obstétrica****Como o trabalho precarizado na saúde afeta o modo de nascer: revisão integrativa sobre violência obstétrica****How precarious work conditions in health affect birth: an integrative review on obstetric violence****Recibido: 10/09/2018****Aprobado: 15/04/2019****Publicado: 01/07/2019****Maria Carolina Pádua Pinto Naques Faleiros<sup>1</sup>  
Nayara Hakime Dutra Oliveira<sup>2</sup>**

El presente estudio tiene por objetivo realizar una revisión integral de la literatura de artículos publicados en la plataforma LILACS y, basada en el método histórico dialéctico, establecer una relación entre la precarización de las relaciones laborales en la salud, con los altos índices de violencia obstétrica sufrida por las gestantes en las maternidades brasileñas. Fue hecho un levantamiento realizado en el periodo de junio a agosto de 2018, de los artículos publicados con el índice "violência obstétrica" y "trabalho precarizado", considerando el periodo de 2013 a 2017. Los resultados consideraron 14 artículos y apuntaron que es posible establecer una relación entre la precarización del trabajo y la práctica de la violencia obstétrica, permeando por los campos de la categoría trabajo en la concepción marxista, la construcción histórica del modelo actual de salud en Brasil y las formas de apropiación de los profesionales de la salud en el trabajo de parto y en el cuerpo de la mujer.

**Descritores:** Salud de la mujer; Violencia contra la mujer; Parto humanizado; Obstetricia.

O presente estudo tem por objetivo realizar uma revisão integrativa da literatura, de artigos publicados na plataforma LILACS, e, baseando-se no método histórico dialéctico, estabelecer uma relação entre a precarização das relações trabalhistas na saúde e os altos índices de violência obstétrica sofrida pelas gestantes nas maternidades brasileiras. Foi feito um levantamento, realizado no período de junho a agosto de 2018, dos artigos publicados com o índice "violência obstétrica" e "trabalho precarizado", considerando o período de 2013 a 2017. Os resultados consideraram 14 artigos e apontaram que é possível estabelecer uma relação entre a precarização do trabalho e a prática da violência obstétrica, perpassando pelos campos da categoria do trabalho na concepção marxiana, da construção histórica do modelo atual de saúde no Brasil e das formas de apropriação dos profissionais da saúde no trabalho de parto e no corpo da mulher.

**Descritores:** Saúde da mulher; Violência contra a mulher; Parto humanizado; Obstetrícia.

This study aims to conduct an integrative literature review of articles included in the LILACS platform, and to, based on a dialectic-historical method, establish a relation between the precariousness of health work relations and the high rates of obstetric violence to which pregnant women are subjected in Brazilian maternity clinics. A survey was carried out from June to August 2018, including articles which had the indexes "obstetric violence" and "precarious employment", considering the period from 2013 to 2017. Os resultados consideraram 14 artigos e, apontaram que é possível estabelecer uma relação entre a precarização do trabalho e a prática da violência obstétrica, perpassando pelos campos da categoria trabalho na concepção marxiana, a construção histórica do modelo atual de saúde no Brasil e as formas de apropriação dos profissionais da saúde no trabalho de parto e no corpo da mulher.

**Descriptors:** Women's health; Violence against women; Humanizing delivery; Obstetrics.

1. Abogada. Asistente Social. Maestranda del Programa de Pos-Graduación en Servicio Social de la Universidad Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Franca, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-7319-9610 E-mail: carolinadepadua@yahoo.com.br

2. Asistente Social. Magister y Doctora en Servicio Social. Profesor Asistente Doctor del Departamento de Servicio Social de la UNESP, Franca, SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-6505-4825 E-mail: nayarahakime@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

Para hablarse de violencia obstétrica<sup>1</sup>, término considerado nuevo, y en los moldes que se propone el presente estudio, se hace necesario hacer algunas consideraciones acerca del modo de producción que la sociedad está estructurada para posteriormente comprender en como este afecta la vida de las parturientas.

Se considera aquí la categoría trabajo dentro de los límites de la teoría marxista, la idea central de que los hombres para existir deben transformar la naturaleza y, siempre que la transforman, se transforman, adquieren nuevos conocimientos y habilidades<sup>2</sup> o, inclusive, el trabajo es un proceso entre el hombre y la Naturaleza, un proceso en que el hombre, por su propia acción, media, regula y controla su metabolismo con la Naturaleza<sup>3</sup>.

Lo que diferencia los hombres de los animales (que también modifican la naturaleza, como las abejas que hace siglos construyen sus colmenas exactamente iguales) es que, antes de ejecutar, el hombre idealiza el trabajo que irá realizar<sup>3</sup>. Esa idealización puede ser llamada de previa ideación que es una respuesta, entre otras posibles, a una necesidad concreta<sup>2</sup>. Esta idealización sólo surge cuando una necesidad se torna aparente. Por lo tanto, el hombre, al tener una necesidad, usa su inteligencia, idealiza una acción y, al ejecutarla y modificar su naturaleza, modifica su vida y la de los que están alrededor, cambiando toda la sociedad, siendo el hombre un ser social.

El hombre dispone de una fuerza de trabajo, física y mental, realiza una previa idealización de su acción y posteriormente la ejecuta, usando esa fuerza. La fuerza de trabajo de cada individuo es la parte más esencial del hombre<sup>2</sup>.

Por medio del trabajo el hombre exterioriza su fuerza, emplea sus atributos y se reconoce en el producto que creó. El producto final adquiere un valor de uso, pues su creación fue motivada por una necesidad anterior. El medio de producción surge cuando el valor de uso entra nuevamente en un proceso de trabajo.

El proceso de trabajo se modifica a lo largo de los años. Hoy, lo que fue denominado trabajo abstracto (dado que el trabajo concreto responde por las cualidades físicas del objeto)<sup>3</sup> se relaciona al gasto indiferenciado de energía humana utilizada para la realización de aquel trabajo (diferente del trabajo como categoría fundante del ser social). El hombre, a partir del momento en que se vende su fuerza de trabajo para sobrevivir, pasa a trabajar para el sistema capitalista, produciendo mercadería y generando la más-valía, para la autovalorización del capital<sup>2,3</sup>.

Dado que el trabajador pasa a trabajar para su empleador, en favor del capital (vendiendo su fuerza de trabajo y generando

más-valía), el empleador intentará a toda costa evitar desperdicios, optimizar el tiempo y absorber del empleado lo máximo posible de su fuerza de trabajo, porque cuanto más explorado, más lucro el empleador conseguirá.

Esta situación de exploración de la mano de obra asalariada deja el trabajador en la condición de subalternidad en relación al empleador. Hoy la sociedad se encuentra en una etapa en que, para sobrevivir y suplir sus necesidades básicas, no dispone de otra alternativa sino la de vender su fuerza de trabajo a cambio de salario, tornando el empleado, además de expropiado, alienado, es decir, ajeno a lo que produce, sin reconocerse en el producto final<sup>2</sup>.

Las necesidades humanas pueden ser divididas en necesidades básicas y necesidades intermediarias, las necesidades humanas básicas como categorías objetivas y universales, que deben ser satisfechas concomitantemente, son: salud física y autonomía<sup>4</sup>. En este proceso, las necesidades humanas en el trabajador dejan de ser consideradas.

El trabajo asalariado/alienado ejerce acción usurpadora de la autonomía del trabajador, dado que el capital crea necesidades de mercado en detrimento de las necesidades humanas.

Remitiéndose al trabajo en el ámbito de la salud, se observa que los trabajadores en este contexto también venden su fuerza de trabajo a cambio de salario. Estos trabajadores poseen sentimientos, expectativas, deseos, planes y, muchas veces, se encuentran desmotivados por el bajo salario y por la falta de reconocimiento, teniendo que trabajar en más de un lugar, debido a las bajas remuneraciones<sup>5</sup>, lo que acarrea una sobrecarga de trabajo, aliado a la infraestructura inapropiada, falta de preparación y desmotivación<sup>5</sup>.

Del otro lado, están las pacientes gestantes, internadas en un momento delicado de la vida, que es dar a luz a un hijo. En esta situación las mujeres necesitan atención: una mirada, una palabra, ser escuchada atentamente, un acogimiento, para que puedan fortalecerse en su propia humanidad<sup>6</sup>.

De esta manera, en este proceso contradictorio del trabajo, se encuentran innumerables trabajadores de la salud, médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas, entre otros posibles, actuando y viviendo las expresiones del capital en su cotidiano en el atendimento directo a las gestantes.

El acompañamiento adecuado por parte del equipo médico durante el trabajo de parto, promueve beneficios a la evolución del parto natural, que, a su vez, trae beneficios a la salud de la madre y del niño. Sin embargo, la violencia obstétrica es real, con las innumerables

investigaciones en el área, llegó a ser cuantificada, conceptualizada y divulgada.

Las entidades gubernamentales y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconocen y publicaron dossiers, orientaciones, folletos, con la intención de instruir tanto gestantes como equipo médico, para evitar que la violencia obstétrica suceda, sin embargo, esta no disminuye con el pasar de los años<sup>5</sup>.

Es inevitable reflexionar sobre las causas que llevan a la práctica de la violencia obstétrica. Este estudio pretende trazar una relación entre los profesionales (agentes de la violencia) con las gestantes (víctimas), atravesando por las condiciones precarias de trabajo. Los profesionales de salud, insertos en la lógica mercadológica del trabajo, cada vez más expropiados y alienados no poseen condiciones reales de ofrecer atención y las buenas prácticas recomendadas por la OMS, por falta de capacitación, instrucción, tiempo y estímulo de la propia gestión de los hospitales.

El presente estudio tiene como objetivo realizar una revisión integral de la literatura, de artículos publicados en la plataforma LILACS y, basada en el método histórico dialéctico, establecer una relación entre la precarización de las relaciones laborales en la salud, con los altos índices de violencia obstétrica sufrida por las gestantes en las maternidades brasileñas.

## MÉTODO

Se trata de una revisión integral de la literatura acerca de material científico encontrado en la plataforma de búsqueda LILACS, con el descriptor “violência obstétrica” realizada en el período de junio a agosto de 2018; que utilizó la teoría marxista con referencias teóricas.

En un primer momento se hizo un levantamiento por el descriptor y, en un segundo, se consideró las producciones de 2013 a 2017. Los artículos considerados fueron leídos, analizados y descritos especificando el autor/año de publicación, título, objetivo, metodología y resultados. Fueron descartadas producciones internacionales, aquellas que no atendían a la temática y que no estaban en la versión completa vía online.

En una segunda búsqueda en la misma plataforma de datos y periodo, se buscó el descriptor “Trabalho precarizado”, en el sentido de correlacionar la violencia obstétrica.

## RESULTADOS

Fueron localizados inicialmente 60 documentos, siendo 52 artículos científicos, seis tesis, una monografía y un documento de proyecto, datados de 1999 a 2018. Al considerarse el periodo enumerado se alcanzaron 42 documentos. De estos, 13 fueron descartados por ser investigaciones no relacionadas a Brasil y una no fue localizada en el texto versión integral, no siendo posible su lectura. De los 28 documentos restantes, 15 no trataban de la violencia obstétrica bajo la perspectiva institucional, restando 13 documentos y 1 documento dirigido al trabajo precarizado, habilitados entonces para la investigación.

De esos artículos, 2 abordaban la violencia obstétrica bajo el punto de vista de los profesionales (\*), 7 bajo el punto de vista de las mujeres púerperas (\*\*), y 5 traían una revisión de la literatura acerca del tema (\*\*\*), según el Cuadro 1.

**Cuadro 1.** Artículos sobre violencia obstétrica institucional de enero de 2013 a 2017. São Paulo, junio a agosto de 2018.

Autor (año)	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
Aguiar <sup>7</sup> (2013) Visión de los profesionales*	Violencia institucional, autoridad médica y el poder en las maternidades bajo la óptica de los profesionales de salud	Discutir la violencia institucional bajo la óptica de los profesionales	Uso de guión semi-estructurado fue realizada la entrevista de 21 púerperas y de 18 profesionales de la salud (10 obstetras, 5 enfermeras y 3 técnicas de enfermería), en un hospital en la ciudad de São Paulo	Reveló el reconocimiento de los profesionales de prácticas discriminatorias y de falta de respeto en el cotidiano de la asistencia a las gestantes. Prácticas que son percibidas como violentas, pero que están banalizadas, disfrazadas de buenas
Leal <sup>8</sup> (2018) Visión de los profesionales*	Percepción de enfermeras obstétricas acerca de la violencia obstétrica	Conocer la percepción de enfermeras obstétricas acerca de la violencia obstétrica de un Centro Obstétrico en la ciudad de Belém, Pará	Datos colectados en entrevistas semiestructuradas, realizadas con 19 enfermeras obstétricas, entre abril y mayo de 2016	Las enfermeras obstétricas perciben que la violencia se presenta de varias formas, sin embargo, no reconocen determinadas prácticas como violencia. El estudio vislumbró la necesidad de estrategias preventivas a la aparición de la violencia obstétrica
Rodrigues <sup>9</sup> (2016)	Violencia obstétrica en el proceso de parto	Analizar la violencia institucional	Estudio descriptivo con abordaje cuantitativo,	La investigación demuestra la importancia de un atendimento humanizado

Visión de las mujeres**	en maternidades vinculadas a la Rede Cegonha	contra mujeres en el proceso de parto en maternidades de la Rede Cegonha de Fortaleza y Cascavel	realizado en 11 hospitales-maternidades, con la participación de 3.765 puérperas, de noviembre 2013 a janeiro 2014	adecuado a través de la estructuración y organización de la atención materno-infantil propuesto por la Rede Cegonha
Andrade <sup>10</sup> (2016) Visión de las mujeres**	Factores asociados a la violencia obstétrica en la asistencia al parto vaginal en una maternidad de alta complejidad en Recife, Pernambuco	Analizar los factores asociados a la violencia obstétrica y las prácticas no recomendadas por la OMS, en la visión de las mujeres puérperas	Estudio transversal con 603 puérperas realizado de agosto a diciembre de 2014	Prevalencia de violencia obstétrica en un 86,57% de las mujeres atendidas
Pedroso <sup>11</sup> (2017) Visión de las mujeres**	¿Al margen de la humanización? Experiencias de parto de usuarias de una maternidad pública de Porto Alegre/RS	Conocer acerca de las experiencias de las mujeres en relación a la asistencia al parto.	Estudio cualitativo exploratorio, con uso de técnicas de observación participante, entrevista semiestructurada e investigación documental con 25 mujeres puérperas entre 18 y 38 años	Se constató una fragmentación de las prácticas consideradas "humanizadoras", Supervaloración de tecnologías/prácticas intervencionistas en el cuerpo de la mujer, jerarquía entre los profesionales y las usuarias, reforzando la jerarquía reproductiva, dejando las mujeres al margen de la humanización
Sena <sup>12</sup> (2017) Visión de las mujeres**	Violencia obstétrica en Brasil y el ciberactivismo de mujeres madres: relato de dos experiencias	Relacionar el enfrentamiento de la violencia obstétrica en Brasil y el ciberactivismo de mujeres, en especial, mujeres madres	Relato de experiencia de dos iniciativas ocurridas entre 2012 y 2013	Las iniciativas culminaron en la producción de un video documental "Violencia obstétrica - la voz de las brasileras" que contribuyó para movilizaciones, debates y reflexiones en el sentido de dar visibilidad a la violencia obstétrica. Estas acciones incentivan el uso de internet como estrategia para la promoción de la salud de la mujer, empoderamiento femenino, participación en la política y nuevas investigaciones sobre el tema
Castro <sup>13</sup> (2018) Visión de las mujeres**	Narrativas sobre parto domiciliario planeado después del parto hospitalario	Conocer la narrativa de mujeres que tuvieron parto domiciliario planeado, con historia anterior de parto hospitalario	Investigación cualitativa, con la adopción de la perspectiva teórico construcionista, a través de observaciones en encuentros de grupo de apoyo, entrevistas semiestructuradas con 4 mujeres, en la ciudad de São Paulo	Permitió percibir la vulnerabilidad de la mujer en el hospital, las repercusiones de la separación precoz madre y bebé, y sobre el parto en casa, información y afirmación de la autonomía de la mujer y percepción corporal en el parto
Rodrigues <sup>14</sup> (2015) Visión de las mujeres**	La peregrinación en el período reproductivo: una violencia en el campo obstétrico	Analizar las percepciones de las mujeres acerca de la asistencia obstétrica en lo que se refiere al atendimento en el momento del parto en la región Metropolitana II de Rio de Janeiro	Estudio descriptivo, exploratorio, cualitativo, realizado en los alojamientos conjuntos de 4 maternidades públicas, con 56 participantes	La peregrinación de la puérpera es considerada una violencia obstétrica. Se entiende la importancia de una permanente evaluación de la asistencia obstétrica, con políticas dirigidas a la humanización

Souza <sup>5</sup> (2016) Revisión de la literatura***	Factores asociados a la aparición de violencia obstétrica institucional: una revisión integral de la literatura	Revisión integrativa de la literatura sobre los factores asociados a la violencia obstétrica	Datos adquiridos a través de selección de la plataforma Lilacs, MedLine, Scielo y Google académico, compuesto por 20 artículos publicados entre 2010 y 2016	Se constató que los profesionales descriptos como promotores de la violencia fueron los médicos, equipo de enfermería y estudiantes de medicina.
Diniz <sup>1</sup> (2014) Revisión de la Literatura***	Violencia Obstétrica como cuestión para la salud pública en Brasil: orígenes, definiciones, tipología, impactos sobre la salud materna, y propuestas para su prevención	Discutir la compleja causalidad entre las formas de violencia, el papel de la formación profesional y de la organización de los servicios de salud y las implicaciones en la morbimortalidad materna	Revisión crítico-narrativa sobre el tema, abarcando la literatura académica, producciones de los movimientos sociales y documentos institucionales, de Brasil y exterior	La investigación apunta en la dirección de que es necesario que ocurran algunos cambios en la formación de los recursos humanos durante la graduación y especialización de los médicos, con uso de bibliografías. Difundir informaciones sobre asistencia al parto, garantizar el derecho a acompañante, fomentar investigaciones en el área e incluir la asistencia al aborto seguro
Tesser <sup>15</sup> (2015) Revisión de la literatura***	Violencia Obstétrica e prevención cuaternaria: qué es y qué hacer	Justificar la necesidad de prevención cuaternaria frente a violencia obstétrica	Artículo original que no especifica la metodología utilizada	Presenta como propuestas tres acciones: 1) elaboración de planes de parto orientados; 2) introducción de otros profesionales calificados en el cuidado al parto y 3) participación de los Médicos de Familia y Comunidad (MFC) y profesionales de la APS en el movimiento social y político por la humanización del parto
Zanardo <sup>16</sup> (2017) Revisión de la literatura***	Violencia obstétrica en Brasil: una revisión narrativa	Realizar una revisión narrativa de estudios sobre violencia obstétrica	Artículo que no especifica la metodología utilizada	Los datos apuntan a la necesidad de una conceptualización de violencia obstétrica, preferencialmente en documentos legales que la definan y criminalicen
Barbosa <sup>17</sup> (2017) Revisión de la literatura***	Violencia obstétrica: la revisión integrativa de investigaciones cualitativas	Realizar revisión integrativa de investigaciones cualitativas	A partir de las bases elegidas fueron encontrados 17051 artículos, después de los criterios establecidos restaron 54	Las prácticas de asistencia al parto en Brasil no respetan los derechos sexuales y reproductivos, lo que se refleja en los altos índices de cesáreas innecesarias y en los malos tratos sufridos por las mujeres en las maternidades brasileras

Con relación al término “Trabalho precarizado” 13 trabajos fueron localizados, siendo 10 artículos científicos y 3 tesis, pero sólo 1 trataba sobre el trabajo precarizado en la salud, por lo tanto, a pesar de tener como fecha 2011 fue considerada su lectura por ser el único a abordar el tema (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Artículos sobre trabajo precarizado 2011. São Paulo, junio a agosto de 2018.

Autor (año)	Título	Objetivo	Metodología	Resultados
Silva <sup>18</sup> 2011	Vivencias de trabajadores en contexto de precarización: un estudio de caso en servicios de emergencia de hospital universitario	Presentar el cotidiano de los trabajadores del sector de emergencias del Hospital Universitario Antônio Pedro en Niterói/ RJ	Análisis de las experiencias laborales con profesionales de enfermería y servicio social, destacando sus vivencias a través del análisis construido por el dispositivo de la Comunidad Ampliada de Investigación. Grupo con 10 trabajadores, encuentros mensuales de 2 h, realizados de abril a septiembre de 2011	Se observó gran dificultad en la construcción de ambiente favorable a las vivencias de placer y realización profesional, consecuente de la política vigente de desmonte del sector, de las contrataciones temporarias y ambiente precarizado. Estas dificultades se derivaban al sufrimiento psíquico en el trabajo en una dimensión patogénica.

## DISCUSIÓN

Por los documentos levantados la violencia obstétrica es practicada en todo Brasil<sup>12,17</sup> y, muchas veces se muestra disfrazada de buenas prácticas<sup>5,7,11</sup>, por el desconocimiento de la práctica de actos considerados como violencia obstétrica por el equipo médico y por la parturienta<sup>1,8,14,16</sup>.

A pesar de violencia obstétrica ser un término nuevo<sup>17</sup>, muchos son los artículos tratando el asunto, que ya se encuentra muy bien organizado en sus conceptos, tipificaciones, definiciones de lo que es o no la violencia<sup>1,5,7-12,14,16</sup>.

Los resultados de la investigación apuntan en el sentido de una urgente práctica humanizada en el momento del parto, sin embargo, las dificultades son innumerables, pues el modo como el sistema de salud está estructurado, en el modelo actual de la sociedad capitalista, que tiene como fin el lucro en detrimento del bienestar social, no favorece el cambio necesario<sup>8,9,12,15</sup>.

Las actuales relaciones laborales, con la precarización de la mano de obra, la alienación del trabajador, la expropiación de los derechos laborales, los trabajos temporarios, la falta de capacitación y entrenamiento, crea un ambiente patogénico, enferman los trabajadores y los tornan vulnerables y aptos a practicar violencia, por desconocimiento de la propia configuración de esa violencia, además de cansancio y falta de estímulo. En un contexto de precariedad social, el sentido y la importancia del trabajo se pierden<sup>18</sup>.

Se percibió la ausencia de artículos que relacionan la precarización del trabajo con la práctica de la violencia obstétrica, lo que puede ser explicado justamente por la banalización de la violencia.

La salud en Brasil es regida actualmente por el modelo hospitalocéntrico<sup>14</sup> curativo y centrado en la enfermedad, donde hay una fragmentación y jerarquización del proceso de trabajo en salud, con la proliferación de las especialidades médicas, oponiendo acciones que incorporen la articulación intersectorial, abordajes interdisciplinarios y la participación social.

Antes del modelo actual, la salud pública en Brasil atravesó un largo camino y siguió diversos modelos. En el inicio del siglo XIX, existe el modelo biomédico, que asociaba enfermedad a lesión, teniendo una visión reducida de salud-enfermedad, sin considerar sus dimensiones socio históricas<sup>19</sup>.

En 1923 ocurrió la Reforma Carlos Chagas. El modelo de salud en aquella época era el denominado de jubilación-privatista, bajo la influencia de la medicina liberal; ofrecía asistencia médico-hospitalaria a trabajadores urbanos e industriales a través de la forma de

seguro de salud/jubilación. Se trataba de un modelo de orientación contencionista<sup>19</sup>.

En el final del siglo pasado, el modelo se modificó para el preventista, expandiendo el paradigma microbiológico de la enfermedad para la población, con el fin de la organización y la higienización de las personas y espacios públicos y privados. Este modelo predominó hasta la década de 1960<sup>19</sup>.

Sin embargo, nació en el contexto de la lucha contra la dictadura el movimiento de la Reforma Sanitaria, en el inicio de la década de 1970. La expresión fue usada para referirse al conjunto de ideas que existía en relación a los cambios y transformaciones necesarias en el área de la salud. Estos cambios no abarcaban sólo al sistema sino a todo el sector salud, en búsqueda de la mejoría de las condiciones de vida de la población<sup>19</sup>.

La Constitución Federal de 1988 trae en su art. 6º que la salud es un derecho social, y el art. 196 adiciona que el mismo debe ser garantizado por el Estado a través de políticas públicas. La Constitución hizo nacer el Sistema Único de Salud, el SUS<sup>19</sup>.

En 2018 el SUS completó 30 años de su creación y está presente en 100% del territorio nacional. Datos<sup>20</sup> confirman el modelo hospitalocéntrico de la salud de Brasil, al demostrar que 67,6% de las personas buscan al SUS para tratar enfermedad y 27,9% para prevención, encuadrando en este ítem el prenatal. Según la misma investigación, 66,8% de la población es femenina, predominan los negros y pardos con 56% y 66,5% tiene entre 15 y 59 años. De esta población, 88,8% no posee plan de salud privado.

En la lógica del capital, la salud está sufriendo cada vez más la influencia del mercado privado en ámbito mundial, con el rápido crecimiento de la oferta de la salud privada, pues a pesar de que el SUS se reafirma como política y la Constitución garantiza acceso a la salud a todos, es innegable el desecho de los servicios por este ofrecidos, y hay una fuerte tendencia de que el SUS deje de ser universal. Las producciones sobre el tema<sup>16-21</sup> muestran que hasta el final del siglo XVIII, el parto era un ritual natural y común en la vida de las mujeres. Siendo realizado en la propia casa de la mujer gestante y con el acompañamiento de parteras y otras mujeres de la familia y de la comunidad. En el final del siglo XIX, se inicia un proceso de cambio por medio de los intentos de control del evento biológico por parte de la obstetricia, que deja de ser de la esfera de lo femenino y pasa a ser comprendido como una práctica médica<sup>22</sup>.

Con la implantación de las escuelas de medicina en el Brasil Imperio, hay un esfuerzo de la corporación médica en tornar agradable la figura del médico obstetra para que las mujeres pasasen a confiar en ellos, al mismo tiempo que el discurso de la época se dirige a condición de

que la mujer es el sexo frágil, es sensible, pacífica, tierna y delicada. Surge en esa época la construcción del “mito del amor materno”, de la “madre dedicada, buena esposa y reina del hogar”<sup>21</sup>, y que permanece actual aún en los días de hoy, fácil de recordar por el artículo, elogiando en ese entonces a la futura primera dama de Brasil con el título Marcela Temer: bella, recatada y ‘del hogar’, publicado en la revista *Veja* en abril de 2016.

Delante de esto, es fácil percibir la relación de la construcción histórica de fragilización acerca de la figura femenina y en cómo la medicina se ha apropiado de esto, a través del proceso del parto, en la medida en que asumió el control sobre el cuerpo de las mujeres y las llevó para parir en los hospitales. Aún en condiciones precarias, la introducción de la medicina en este espacio inauguró no sólo la experimentación clínica articulada con el discurso anátomo-patológico, cuando produce un discurso a partir de la penetración de la figura masculina en el saber y la práctica obstétrica,<sup>21</sup> nacer en maternidades se tornó algo común y no cuestionado por la mayoría de las mujeres en la contemporaneidad.

Nacer en ambiente hospitalario es un contrasentido, dado que, en el modelo de salud de Brasil, el hospitalocéntrico, se concentra en las unidades hospitalarias gran número de personas con enfermedades, realizando diversos tipos de tratamientos, y nacer es salud, es vida, la maternidad puede muchas veces ofrecer más riesgos que beneficios a la parturienta y al recién-nacido, por ejemplo la contaminación e infecciones.

La mujer, al dejar de ser protagonista de su trabajo de parto (por haber incorporado las ideas del discurso de ser frágil) pasa a ser mera ayudante del proceso, dado que ahora el protagonista es el médico obstetra y su equipo médico – pasa a ser objeto pasible de sufrir violencia, en el caso, obstétrica, es decir, la introducción de la medicina en este espacio inauguró no sólo la experimentación clínica articulada con el discurso anátomo-patológico, cuanto produce un discurso a partir de la penetración de la figura masculina en el saber y práctica obstétrica<sup>21</sup>.

Además de los riesgos inherentes por el ambiente hospitalario, datos alarmantes fueron divulgados en 2010<sup>6</sup> sobre violencia obstétrica, y afirman que 25% de las parturientas fueron víctimas de violencia obstétrica por parte de los profesionales de la salud.

Es posible comprender que en Brasil el concepto de violencia viene siendo utilizado para describir y agrupar diversas formas de violencia (y daños) durante el cuidado obstétrico profesional. Incluye malos tratos físicos, psicológico y verbales, así como procedimientos innecesarios y dañinos<sup>15</sup>, es decir, es la manipulación y exposición

innecesaria del cuerpo de la mujer, así como la violación de sus derechos, y que incluye pérdida de la autonomía y decisión sobre sus cuerpos.

A partir del momento en que la mujer encarna la figura de mujer frágil, fruto de una construcción histórica nacida en Brasil Imperio es reafirmada exhaustivamente hasta los días actuales, ella propia acepta dejar de ser protagonista de su cuerpo y pasa a aceptar los mandos médicos, creyendo ser lo mejor para aquel momento y que la medicina tiene eficacia en este proceso y muchas veces la parturienta no tiene conciencia de que está sufriendo una violencia obstétrica.

Investigación apunta que se ha medicalizado el parto, utilizando en larga escala procedimientos considerados inadecuados e innecesarios<sup>22</sup>, que colocan la vida de la gestante y del bebé en riesgo pues ya está comprobado que las intervenciones no poseen evidencias científicas.

En cuanto a la atención destinada en el momento del parto, existen, actualmente, tres modelos<sup>6</sup>, el altamente medicalizado, con uso de alta tecnología y poca participación de obstétricos, encontrado en Estados Unidos, Irlanda, Rusia, República Checa, Francia, Bélgica y regiones urbanas de Brasil; el modelo humanizado con mayor participación de obstétricos y menor frecuencia de intervenciones, encontrado en Holanda, Nueva Zelanda y países escandinavos; y los modelos mixtos, encontrados en Gran Bretaña, Canadá, Alemania, Japón, y Australia.

El Senado Federal publicó en 2012 un dossier, denominado “Violência Obstétrica – Parirás com dor<sup>24</sup>”, elaborado por la Red Parto del Principio, para la Comisión Parlamentaria Mixta de Investigación (CPMI) de la Violencia contra las Mujeres. En este se encuentran de forma detallada los tipos de violencia que más ocurren en las maternidades brasileñas<sup>24</sup>:

a) Episiotomía – se trata de un corte en el perineo, realizado con bisturí o tijera, hecho rutinariamente y sin respaldo científico en cuanto a su eficacia. En la mayoría de las veces, se hace sin anestesia y sin el consentimiento de la parturienta. Tan grave como la realización de la episiotomía es la sutura denominada “punto del marido”, que tiene la función de dejar la vagina bien apretada, para “preservar” el placer masculino en las relaciones sexuales después del parto;

b) Intervenciones de verificación y aceleración del parto – utilización rutinaria de oxitocina sintética (hormona sintética que acelera el trabajo de parto, causando dolores terribles, que hacen que las parturientas imploren por la cesárea); rompimiento artificial de la bolsa; dilatación manual del cuello para acelerar la dilatación; seguida de comandos de pujar; fórceps y maniobra de Kristeller, que consiste en una maniobra donde una persona del equipo

médico, utilizando las dos manos o subiendo encima de la mujer, o exprimiendo su vientre con el peso del cuerpo sobre las manos, brazo, antebrazo o rodilla, empuja la barriga de la gestante en dirección a la pelvis y fuerza el nacimiento;

c) Ayuno, inclusive de agua – esta práctica no tiene respaldo científico y sólo sirve para dejar a la mujer cansada y deshidratada;

d) Restricción de posición para el parto – existe una práctica de que la mujer debe partir acostada. La orientación de la OMS y de la Agencia Nacional Vigilancia Sanitaria (ANVISA) es de que la mujer debe tener libertad para elegir la posición en que se sienta más comfortable;

e) Actos de falta de respeto y exposición del cuerpo – en muchas maternidades, las mujeres están todas juntas, sin divisiones; los exámenes de toque para verificar la dilatación son realizados rutinariamente sin privacidad alguna;

f) Violencia psicológica – comprendida como falta de atención, abandono, desprecio, humillación, amenaza, coacción, prejuicio, discriminación por raza, etnia, clase social, homofobia, asedio, sadismo, culpabilización, chantaje;

g) Violencia física;

h) Violencia sexual.

Un estudio de 2014, investigación denominada *Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar*<sup>24</sup>, en el cual se entrevistó el número considerable de 23.523 mujeres brasileras parturientas y llegó a constatarse muy interesantes:

- la primera es que, cuanto mayor la escolaridad de la parturienta, más respeto por parte de los profesionales de salud, más privacidad en los exámenes y mayor claridad en las explicaciones eran dadas a ella;

- la segunda es que en los hospitales privados hubo menos relato de violencia obstétrica y mayor grado de satisfacción, además de mejor relación con los profesionales, lo que hiere el principio de la equidad en la asistencia a la salud.

Este dato puede ser interpretado por el hecho de que las mujeres que hacen en la red privada desarrollan, generalmente, un vínculo con su obstetra y en el momento del parto poseen más confianza. El modelo de atendimento del SUS no permite a la gestante la garantía de ser atendida siempre por el mismo médico y mucho menos tenerlo en el momento del parto.

Otra constatación de la investigación es con relación a la autonomía de la parturienta. Fue observado que en la red pública existe una cultura discriminatoria que considera a las mujeres de bajo ingreso y escolaridad como incapaces de decidir sobre las intervenciones

en el parto, lo que permite entender la primera información de los relatos de menor claridad en las explicaciones, es decir, el equipo no escucha y no conversa con las parturientas<sup>24</sup>.

El escenario de violencia obstétrica es naturalizado tanto para las mujeres como para los profesionales. Un estudio<sup>7</sup> realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, entrevistó 18 profesionales de salud y observó que la banalización de la violencia [obstétrica] institucional es disfrazada de buena práctica profesional y ejercicio pretendidamente legítimo de autoridad, delante de las respuestas de las entrevistadas que no reconocían las prácticas de violencia como actos violentos.

Otra práctica recurrente en las maternidades es la práctica desmedida de partos cesarianos. Los índices en Brasil son altísimos hace décadas, investigaciones apuntan que en 2012 representaban 85% de los partos en el sector privado<sup>25</sup>.

La cesárea es una intervención efectiva para salvar la vida de madres y bebés, sin embargo, sólo cuando es indicada por motivos médicos. Antes de existir este procedimiento muchas gestantes fallecían en el parto por complicaciones. Es por este motivo que la OMS considera que 10 a 15% de las mujeres necesiten pasar por ella<sup>26</sup>, para garantizar la sobrevivencia y del recién-nacido.

Entre los potenciales riesgos asociados a la cirugía cesariana está el nacimiento prematuro. La prematuridad es reconocida como uno de los determinantes de la mortalidad infantil. Bebés nacidos de 37 a 38 semanas de gestación, cuando comparados a bebés de 39 a 40 semanas, presentan 120 veces más chances de necesitar soporte ventilatorio. Además de las complicaciones a los bebés, la gestante también está expuesta a varios riesgos, pues se trata de una cirugía de medio porte. Hay riesgo de sangramientos, complicaciones e infecciones<sup>27</sup>.

Hay en Brasil una cultura de la cesárea en la clase médica, según apuntó la investigación<sup>27</sup>, donde 75,6% de las mujeres cuando entrevistadas dijeron no querer la cesárea y, entre las razones, las mujeres informan que el pos operatorio es muy complicado y doloroso. Esto demuestra que la mujer no es la protagonista en el trabajo de parto, ya que la mayoría de las mujeres que sufrieron cesárea no lo solicitaron. Al mismo tiempo, 19% de las que tuvieron parto vaginal reportaron que habían pedido cesárea. Esto revela el poder limitado de las mujeres en determinar el tipo de parto que van a hacer, sea este vaginal o cesárea.

La misma investigación<sup>27</sup> demostró que durante la evolución del trabajo de parto natural, un gran porcentaje de las mujeres que estaban internadas hace mucho tiempo – entre



6 y 12 horas – solicitaron la cesárea, y esto se debía al hecho de la maternidad no cumplir las buenas prácticas que deberían ser adoptadas. Al no cumplir condiciones mínimas y simples prácticas que promuevan el *confort* y bienestar de la parturienta, la estadía en la maternidad en trabajo de parto se torna sufrida, y la cesárea pasa a ser una opción a ser considerada para acabar rápido con el sufrimiento.

Investigación indica que los grupos de personas activistas que luchan por la humanización del parto<sup>12</sup>, comenzaron con mujeres insatisfechas (tal vez víctimas de violencia) y con profesionales con dificultad en prestar un atendimento con cuidado humanizado. Con el advenimiento de internet en los años noventa, estos movimientos están adquiriendo fuerza en Brasil y en el mundo, y con una rápida investigación en sitios de búsqueda es fácil visualizar los innumerables grupos y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que defienden la práctica de un parto humanizado<sup>12</sup>.

Actualmente han surgido algunos movimientos por la humanización en el atendimento, y en especial humanización en el parto. Cuando se ve el surgimiento de tales movimientos, es inevitable pensar que estos solo surgen en situaciones donde hay una deshumanización de algo. Pensando en el contexto histórico se ve que cuando las mujeres parían en sus casas no había violencia, el ambiente era conocido y acogedor, había ayuda e intercambio mutuo entre los envueltos en el trabajo de parto.

Investigación indica que la humanización exige una transformación profunda del modelo de asistencia, de la relación de los profesionales de la salud con las gestantes<sup>11</sup> para horizontalizar la relación entre médico y paciente favoreciendo el protagonismo de la mujer, pues el actual modelo de atendimento al parto en Brasil está transformándose en un modelo reproductor de violencia institucional, reforzando la estigmatización de que la mujer es frágil y el parto un momento de mucho sufrimiento.

El trabajo precarizado en Brasil viene afirmándose como una tendencia hace algunas décadas, a través de la tercerización de la mano de obra. Actualmente, con la reforma laboral en 2016 y la legalidad de la tercerización no sólo en las actividades medios, como también en las actividades fines, los procesos de trabajo se tornarán cada vez más precarios y alienados, ya que la tercerización transfiere actividad de un “primero” – que debería responsabilizarse por la relación laboral – para un “tercero”, liberando, así, el gran capital de los encargos y derechos laborales<sup>7</sup>.

Disfrazado bajo el mantra del compañerismo y de la cooperación, las relaciones laborales fragilizadas afectan las

relaciones sociales y a la sociedad como un todo, que provoca una consecuente alienación social del trabajo. El trabajo deja de representar la categoría fundante del ser social, pues en esta sociedad se afirma el proceso de cosificación de las relaciones humanas. Pasa a existir un individualismo exacerbado, consumista y desintegrador, por el cual los individuos pasan a sentirse cada vez más solos, perdiendo sus propios valores y la noción de pertenencia a la especie humana<sup>7</sup>.

Es importante pensar en los posibles motivos que llevaron a la sociedad a caminar en la dirección opuesta al trabajo como categoría fundante del ser social. Estudios<sup>7</sup> indican tres posibilidades: 1) Trabajo y enfermedad, como un problema de salud pública; 2) Trabajo y degradación, devastando las reservas naturales; 3) Trabajo y precarización social, que compromete generaciones, privándolas de educación y trabajo digno, generando violencia social.

La sociedad se encuentra tan desarrollada tecnológicamente que tendría condiciones de vivir en armonía con la naturaleza y el prójimo, si no fuese el mundo de la producción continua, predominantemente estructurado y moviéndose por la acumulación del capital y lucro<sup>7</sup>. A partir de esto se puede afirmar que la forma como la sociedad está estructurada lleva a los individuos a ser expropiados de su dignidad y alienados de este proceso.

La relación que se establece de las condiciones de trabajo actuales con los profesionales de la salud es estrecha y relacionada, pues los mismos están insertos en esta lógica mercadológica. Con la investigación fue posible deducir que la jornada de trabajo de los profesionales representa 40 horas como mínimo y 60 como máximo para los obstetras y 40 a 72 horas semanales para las enfermeras y la sobrecarga de demandas, las condiciones estructurales y la precariedad de recursos materiales fueron apuntadas como dificultades enfrentadas cotidianamente por los profesionales<sup>18</sup>.

Además de eso, muchos profesionales atienden en el sistema de guardias, trabajando 24 horas sin pausa, lo que viene a ser una contradicción con su biorritmo, favoreciendo el surgimiento de enfermedades en el profesional, así como la mayor incidencia de errores médicos y accidentes<sup>7</sup>.

En esas condiciones se establece un paralelo entre el agudizamiento del capital en las relaciones sociales, primero en el modelo actual de atención a la salud hospitalocéntrico, que llevó a las mujeres a parir sin autonomía y protagonismo, y con eso favoreciendo la medicalización e intervención excesiva, en un modelo jerárquico de autoridad médica; y, según transformando los profesionales de la

salud en agentes de violencia debido a sus propias condiciones de precariedad, insertos en la lógica mercadológica de la alienación del trabajo, que resulta no sólo en el agotamiento físico y emocional del profesional como en la dificultad de reflexionar sobre su práctica<sup>7</sup>.

Se comprende a la salud, en su concepción ampliada, traída por la 8ª Conferencia Nacional en Salud<sup>28</sup>, no solo como la ausencia de la enfermedad, sino también entendida como el resultado de buenas condiciones de alimentación, habitación, educación, ingreso, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, ocio, libertad, acceso y pose de tierra, acceso a los servicios de salud y además como resultado de las formas de organización social de la producción, las cuales pueden generar desigualdades en los niveles de vida.

En este caso hay un binomio adverso. Si por un lado se tiene la salud (en su concepto ampliado) y la necesidad primaria de los hombres, del otro, existe la estructura del capital, que retira de los trabajadores esa premisa de la vida, la salud, a través de los modos de producción exploratorios de la fuerza de trabajo.

Del punto de vista de esa perspectiva, los profesionales envueltos en el área de la salud (área compleja que requiere varios conocimientos, experiencias y saberes) necesitan expandir la mirada más allá de las apariencias, para que la salud sea comprendida como una producción social.

Se percibe que existe un conjunto de factores que influyen en la forma de venir al mundo en la contemporaneidad. La medicalización del parto (que fue un proceso sociocultural complejo, que transformó lo que antes era inherente y común a las mujeres en una necesidad médica, permeada de sufrimiento, dolores y declinación de la capacidad de la mujer en lidiar con el fenómeno del trabajo de parto, cuestiones que eran administradas en el propio ambiente familiar y comunitario como algo natural), asociado a las precarias condiciones de trabajo de los profesionales de la salud y la desvalorización de la mujer, en el sentido de tornarla ayudante del proceso de trabajo de parto, resultan en violencia obstétrica.

El capitalismo alcanzó, inclusive, la forma de nacer, con la aplicación de procesos deshumanos e impregnados de violencia. Pero, ¿cómo es posible actuar con humanidad, cuando los propios trabajadores, muchas veces, viven vidas tan precarizadas?

## CONCLUSIÓN

Las limitaciones de este estudio están ligadas al hecho del uso de una única base y periodo restringido, sin embargo, la revisión en cuestión presentó 14 producciones dirigidas a la

precarización de las relaciones laborales en la salud y la violencia obstétrica sufrida por las gestantes en las maternidades brasileras, destacando los intereses del capital afectando fuertemente la forma de venir al mundo.

Desde Brasil Imperio sobrevuela en el aire la cultura patriarcal de tornar la mujer el sexo frágil, e inculcar la idea de que ella no consigue parir de forma natural y por la vía de la cesárea los médicos organizan sus agendas y de esa forma se mantiene el índice elevadísimo de cesáreas innecesarias, según investigaciones citadas.

Sin embargo, para erradicar a la violencia obstétrica, reducir los altos índices de cesáreas innecesarias y al mismo tiempo mejorar las condiciones de vida y de trabajo del profesional de la salud, no basta solamente políticas públicas, es necesario modificar el modelo de atención al parto, por completo. Los hospitales necesitan pasar por adecuaciones de la estructura física, contratación de profesionales, especialmente de enfermeras obstétricas y doulas (mujeres que dan soporte físico y emocional a las parturientas), dejando de lado a médicos y enfermeras solamente si hubiere indicación real de intervención, pues se percibe que la violencia es resultado de la propia precariedad del sistema de salud en Brasil.

Además de este apuntamiento, se entiende como necesario tratar la cuestión de la humanización en el atendimento médico en la formación académica del estudiante de medicina, como base obligatoria curricular, además de capacitaciones continuadas a los profesionales de la salud.

Se entiende, además, que todas estas medidas son paliativas, en el sentido de disminuir los índices absurdos de 25% de mujeres víctimas de violencia obstétricas, dado que la investigación apuntó estrecha relación entre la práctica de la violencia obstétrica y las pésimas condiciones a que los profesionales de la salud están sometidos.

Por lo tanto, a través de la investigación realizada, fue posible deducir que existe una relación directa entre la violencia obstétrica y los límites extrapolados del capital, que expropia de los trabajadores inclusive las condiciones mínimas de sobrevivencia y humanidad retirando la capacidad de percibir el sufrimiento humano ajeno, banalizando y naturalizando la violencia y dejando de indignarse con las expresiones de la cuestión social que impregnan el cotidiano de trabajo y de las mujeres atendidas en la red de salud.

## REFERENCIAS

1. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia,

- impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev.* [Internet]. 2015 [citado em 05 ago 2018]; 25(3):377-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>
2. Lessa S, Tonet I. *Introdução à filosofia de Marx.* São Paulo: Expressão Popular; 2008.
3. Marx K. *O capital.* São Paulo: Nova Cultural; 1996. t.1, v.I
4. Pereira P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.* 6ed. São Paulo: Cortez; 2011. p.83
5. Souza AB, Silva LC, Alves RN, Alarcão ANJ. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Ciênc Méd.* [Internet]. 2016; 25(3):115-28. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/3641>
6. Martinelli ML. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Revista Serv Soc Soc.* [Internet]. 2011 [citado em 08 ago 2018]; 107:497-508. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/07.pdf>
7. Aguiar JM, Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2013 [citado em 16 ago 2018]; 29(11):2287-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00074912>
8. Leal SYP, Lima VLA, Silva AF, Soares PDFL, Santana LR, Pereira A. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2018 [citado em 08 ago 2018]; 23(2):e52473. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>
9. Rodrigues FAC, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC. Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Reprod Clim.* [Internet]. 2017 [citado em 05 ago 2018]; 32(2):78-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2016.12.001>
10. 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 Mater Infant.* [Internet]. 2016 [citado em 08 ago 2018]; 16(1):29-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000100004>
11. Pedroso CNLS, López LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre/RS. *Physis.* [Internet]. 2017 [citado em 08 ago 2018]; 27(4):1163-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>
12. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface Comun Saúde Educ.* [Internet]. 2017 [citado em 12 ago 2018]; 21(60): 209-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>
13. Castro CM, Azevedo AFP. Narrativas sobre parto domiciliar planejado após parto hospitalar. *REFACS* [Internet] 2018 [citado em 05 ago 2018]; 6(1):53-62. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i1.2794>
14. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma vivência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery Rev Enf.* [Internet]. 2015 [citado em 10 ago 2018]; 19(4):614-20. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150082>
15. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* [Internet]. 2015 [citado em 18 ago 2018]; 10(35):1-12. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf10(35)1013)
16. Zanardo GLP, Calderón Uribe M, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc.* (Online). [Internet]. 2017 [citado em 02 ago 2018]; 29: e155043. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>
17. Barbosa LC, Fabbro MRC, Machado GPR. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas quantitativas. *Av Enferm.* [Internet]. 2017 [citado em 17 ago 2018]; 35(2):190-207. DOI: [10.15446/av.enferm.v35n2.59637](https://doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637)
18. Silva NM, Muniz HP. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estud Pesqui Psicol.* [Internet]. 2011 [citado em 20 ago 2018]; 11(3):821-40. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812011000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812011000300006&lng=pt&nrm=iso)
19. Mota AES, Gomes L, Bravo MIS, Teixeira M, Marsiglia RMG, Uchôa R. *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional.* São Paulo: Cortez; 2007. 408p
20. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc Saúde Colet.* [Internet]. 2006 [citado em 20 ago 2018]; 11(4):1011-22. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232006000400022&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232006000400022&script=sci_arttext)
21. Brenes AC. História da parturição no Brasil: século XIX. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 1991 [citado em 01 ago 2018]; 7(2):135-49. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v7n2/v7n2a02.pdf>

22. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnoatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev RENE*. [Internet]. 2014 [citado en 18 ago 2018]; 15(2):362-70. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200022

23. Parto do Princípio. Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência obstétrica: "Parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres [Internet]. 2012 [citado en 15 ago 2018]. Disponible en: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

24. D'Orsi E, Bruggemann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [citado en 17 jul 2018]; 30(Supl):S154-68. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>

25. Norman AH, Tesser CD. Obstetizes e enfermeiras obstetras no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. *Rev Bras*

*Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2015 [citado en 25 ago 2018]; 10(34):1-7. Disponible en: DOI:

[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)1106](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)1106)

26. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; [2015][citado en 15 ago 2018]. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf)

27. Barbosa GP, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2003 [citado en 08 ago 2018]; 19(6):1611-20. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>

28. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 Mar 17-21; Brasília, DF [Internet]. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987 [citado en 15 ago 2018]. 430p. Disponible en: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/0219VIlIcns.pdf>

#### CONTRIBUCIONES

Todas las autoras hicieron iguales contribuciones.

#### Cómo citar este artículo (Vancouver)

Faleiros MCPPN, Oliveira NHD. Cómo el trabajo precarizado en la salud afecta al modo de nacer: revisión integrativa sobre violencia obstétrica. *REFACS* [Internet]. 2019 [citado en *agregar día, mes y año de acceso*]; 7(3):345-356. Disponible en: *agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

#### Como citar este artigo (ABNT)

FALEIROS, M.C.P.P.N.; OLIVEIRA, N.H.D. Cómo el trabajo precarizado en la salud afecta al modo de nacer: revisión integrativa sobre violencia obstétrica. *REFACS*, Uberaba, MG, v. 7, n. 3, p. 345-356, 2019. Disponible en: *agregar link de acceso*. Accedido en: *agregar día, mes y año de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.

#### Como citar este artigo (APA)

Faleiros, MCPPN. & Oliveira, NHD (2019). Cómo el trabajo precarizado en la salud afecta al modo de nacer: revisión integrativa sobre violencia obstétrica. *REFACS*, 7(3), 345-356. Recuperado en: *agregar día, mes y año de acceso de agregar link de acceso*. DOI: *agregar link del DOI*.