

Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática

Rafael Cleison Silva dos Santos¹ e Nádia Ferreira de Souza²

1 Doutorando em Ciências (Cuidado de Saúde) pela Universidade de São Paulo (USP). Professor Assistente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Enfermeiro no Centro de Parto Normal do Hospital da Mulher Mãe Luzia (HMML), Brasil. E-mail: rcleison@unifap.br

2 Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Programa de Residência em Enfermagem da Secretaria de Estado da Saúde do Amapá. Enfermeira no Centro de Parto do Hospital da Mulher Mãe Luzia, Brasil. E-mail: nadianursing2@gmail.com

RESUMO: Este artigo tem como objetivo realizar revisão sistemática da literatura sobre a violência institucional obstétrica, no Brasil, e apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados. Os dados foram adquiridos através da seleção de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde e a amostra final foi composta por 07 artigos publicados entre os anos 2006 a 2014. A negligência foi a violência institucional obstétrica mais frequente, seguida pela violência verbal, e violência física, executada, principalmente, por médicos e profissionais da enfermagem. O modelo tecnicista que prima pela racionalidade e pela ausência da humanização da assistência ainda prevalece. Conclui-se que o conhecimento das mulheres sobre seus direitos, inclusive com a exigência da presença do acompanhante de sua escolha é a principal estratégia de enfrentamento da violência institucional obstétrica.

Palavras-chave: Violência. Parto. Obstetrícia.

Institutional violence obstetric in Brazil: systematic review

ABSTRACT: This article aims to perform a systematic review of the literature on institutional obstetric violence in Brazil, and present the main evidence found in the articles selected. Data were acquired by selecting items in the Virtual Health Library and the final sample consisted of 07 articles published between the years 2006-2014. Neglect was the most common obstetric institutional violence, followed by verbal violence and physical violence, performed mainly by doctors and nursing professionals. The technical model that excels in rationality and lack of humanization of assistance still prevails. We conclude that women's knowledge about their rights, including the requirement of passenger presence of your choice is the main coping strategy of obstetric institutional violence.

Keywords: Violence. Childbirth. Midwifery.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como qualquer ação que tenha o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si pró-

prio, contra o outro ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em qualquer dano psicológico, deficiência, lesão ou morte (OMS, 2002).

A violência institucional obstétrica é relacionada como uma violência praticada pelas

equipes de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto, que se submetem a ela principalmente por desconhecem o processo fisiológico do parto, por não serem informadas pelos profissionais de saúde sobre as melhores práticas de assistência, por temerem pela vida do bebê e pelo mau atendimento, pela condição de desigualdade entre médico e paciente (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica) ou simplesmente por acreditarem que “é assim mesmo” ([WOLFF; WALDOW, 2008](#)).

Nesse contexto, a violência cometida contra as mulheres em serviços de saúde é subdividida em 4 tipos: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. A negligência trata-se da omissão dos profissionais para com as parturientes. A violência verbal refere-se a tratamento rude, ameaças, gritos, repreensão, humilhação e abuso verbal. A violência física é identificada como agressões, procedimentos violentos e, até mesmo não utilização da analgesia quando indicado. Já a violência sexual é a menos praticada nos serviços de saúde, sendo caracterizada por estupro ou abuso sexual ([D’OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002](#)).

Nesse sentido, a violência obstétrica institucional pode ser melhor identificada de várias formas, a saber: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, racismo, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em decurso de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, pre-

conceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas para o HIV, quando estão grávidas ou tencionam engravidar; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico ([REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012](#)).

Em consequência, dados do Inquérito Nacional “Nascer no Brasil” revelam que na atenção obstétrica brasileira, apenas 5% dos partos vaginais ocorrem sem intervenções ([LEAL et al., 2012](#)). Sendo que 25% das mulheres relatam que sofreram algum tipo de agressão durante a gestação, em consultas pré-natais ou no parto. Tais agressões, praticadas por profissionais de saúde, vão de repreensões, humilhações e gritos à recusa de alívio da dor, realização de exames dolorosos e desnecessários, passando por xingamentos grosseiros com viés discriminatório quanto à classe social ou cor da pele ([FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2010](#)).

Na compreensão desse processo, o termo violência institucional é caracterizado como a atuação do profissional de saúde dentro da instituição de atendimento, atrelando, de certa maneira, sua atuação às condições físicas, organizacionais e de recursos da mesma ([REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012](#)).

Nesse sentido, de acordo com a legislação argentina e a venezuelana (uma vez que não há leis brasileiras com essa definição) a violência obstétrica é definida como a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais. A lei Venezuelana complementa ainda como consequência a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e se-

xualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres ([AGUIAR, 2010](#)).

Portanto, o risco de considerar, exclusivamente, a violência obstétrica como um traço da violência institucional se dá pela manutenção do constructo que perpetua o abuso das ações cometidas pelo profissional de saúde, não o considerando um responsável civil pelos seus atos ([BRASIL, 2014](#)). Sobre este fato, [Diniz \(2005\)](#) se mostra pertinente, ao considerar as políticas de humanização como estratégias menos acusatórias no diálogo com os profissionais de saúde.

Existem várias práticas que são utilizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde, apesar de serem amplamente divulgadas pela OMS desde 1996 como prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas da assistência ao parto, e práticas utilizadas de modo inadequado, dentre outras, que sendo adotadas, influenciam negativamente a experiência do parto, associando-se diretamente a violência obstétrica; além prejudicar o seguimento fisiológico, torna a parturiente suscetível a complicações.

Muitos procedimentos são realizados sem que as pacientes tenham sido informadas ou esclarecidas de sua necessidade. Alguns são realizados sem aviso e sem dar a oportunidade da mulher emitir seu consentimento. Diversos relatos apontam o incômodo em se submeter a exames realizados em seu corpo por pessoas que não se apresentam, não informam a necessidade do exame e realizam comentários agressivos durante o procedimento ([BRASIL, 2014](#)).

Nesse contexto tem-se a realização de toques vaginais, muitas vezes frequentes e realizados por mais de um examinador, em intervalos de tempo pequenos, o que pre-

judica a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto, causando desconforto e edema de vulva ([WOLFF; WALDOW, 2008](#)). Uma manobra muito comum durante o exame de toque é a “dilatação” ou “redução manual do colo do útero”, que é um procedimento doloroso, realizado a fim de acelerar o trabalho de parto, podendo ser prejudicial para a dinâmica do trabalho de parto ([BRASIL, 2014](#)).

Uma técnica comumente empregada de forma inadequada é a episiotomia. As evidências científicas não sustentam esse procedimento. Sua prática indiscriminada favorece inúmeras complicações, tais como: extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematomas, dispareunia, fístulas retovaginais, endometriose na cicatriz, disfunção sexual, aumento do índice de infecção, além de lesão do tecido muscular, nervoso, vasos, mucosa e pele ([COSTA et al., 2011](#)).

A ocitocina é outra terapêutica usada de forma rotineira e repetidamente abusiva. É considerada a droga mais frequentemente associada a resultados perinatais adversos ([DINIZ, 2009](#)). A complicação mais frequente é o sofrimento fetal agudo. A parturiente pode ser acometida de taquissístolia, hipertonia, hiperestimulação e rotura uterina; além de trauma perineal por provocar o desprendimento cefálico fetal abrupto. Por isso, o seu uso deve ser cauteloso, necessitando de uma avaliação constante da parturiente. Muitas vezes, a infusão desnecessária de ocitocina determina maior percepção dolorosa, estresse e medo nas parturientes ([CARVALHO et al., 2010](#); [SILVA, COSTA, PEREIRA, 2011](#)).

A manobra de Kristeller ainda está presente na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas reali-

zadas em cadeia, como condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica (que prejudica a dinâmica do parto e prejudica a oxigenação do bebê), comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Saliêta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de kristeller é proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário ([LEAL et al., 2012](#)).

Este trabalho tem como objetivo realizar revisão sistemática da literatura sobre a violência institucional obstétrica, no Brasil, e apresentar as principais evidências encontradas nos artigos selecionados.

2 MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que utilizou o método de revisão sistemática da literatura brasileira, que segundo [Souza, Silva e Carvalho \(2010\)](#) é o método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos. Na prática, constitui-se com base nas apresentações das amostras científicas constituído principalmente por artigos e livros científicos, conforme apresenta [Gil \(2008\)](#).

A busca nesta pesquisa foi formulada a partir da PICo, um acrônimo utilizado para selecionar uma Population: gestantes; uma Intervention: parto; Comparison: “assistência ao parto”; e Outcomes: “violência contra a mulher”, conforme exigido pelo protocolo PRISMA¹ (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses ou I-

tens de Relatório Preferidos para Revisões Sistemáticas e Meta-análises).

Levando-se em conta que a revisão sistemática nada mais é que a análise secundária de dados, este estudo segue seis passos propostos por [Mendes, Silveira e Galvão \(2008\)](#): a) Formulação de hipótese ou questão de pesquisa e definição de um problema para elaboração da revisão; a) Seleção de critérios para inclusão e exclusão de estudos ou amostras científicas; c) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, durante a coleta de informações; d) Análise crítica dos estudos resultantes da pesquisa; e) Comparação e interpretação das amostras, para discussão dos resultados; e f) Apresentação da revisão de maneira detalhada e de fácil compreensão.

A busca dos artigos incluídos na revisão foi realizada no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)². Foi utilizado o vocabulário estruturado de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), através dos seguintes descritores e operadores de busca: gestantes OR parto OR “assistência ao parto” OR “violência contra a mulher”. Desta maneira, após a utilização dos filtros: texto completo, assunto principal (parto, trabalho de parto e gestantes), assunto da revista (Enfermagem, Saúde Pública, Ginecologia, Obstetrícia, Saúde da Mulher) idioma em português e tipo de documento em formato de artigo, encontrou-se 588 estudos. Destes, 260 estudos foram considerados inicialmente elegíveis com a leitura dos títulos, uma vez que, os demais não estavam relacionados ao objeto de estudo proposto. Contudo, após a leitura dos resumos, observou-se que apenas 27 estudos apre-

¹ PRISMA Group (2009). **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement.** PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

² www.bvsalud.org

sentavam dados sobre algum tipo de violência contra a mulher e foram selecionados para a leitura do texto na íntegra, dos quais, 7 discutiam, exclusivamente, a violência obstétrica e, por isso, compuseram a amostra final.

Por tratar-se de pesquisa com enfoque em revisão sistemática da literatura, cujo objetivo foi a análise secundária de dados, não envolvendo, portanto, seres humanos, não houve necessidade de apreciação e ou aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Além disso, foi mantida a autenticidade das ideias, conceito e definições dos autores dos artigos.

3 RESULTADO

Na presente revisão sistemática descrita, foram selecionados 7 artigos considerados de relevância para o tema proposto, conforme as sínteses descritas no [Quadro 1](#) abaixo. A violência institucional obstétrica mais citada nos estudos foi a negligência (principalmente a falta de orientações importantes dos profissionais às parturientes e a privação de assistência), sendo praticada, principalmente, por médicos e profissionais da enfermagem.

Quadro 1: Síntese dos artigos selecionados na revisão sistemática da literatura brasileira

Autor es/Ano	Título	Período	Método	Resultados
Griboski; Guilhem, 2006.	Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento	Revista Texto Contexto Enferm	Pesquisa qualitativa, análise de conteúdo	As mulheres vivenciam o processo parturitivo com a sensação de medo e desconhecimento; e a humanização, significa subme-

				ter-se às ações intervencionistas a elas dirigidas, colocando-as em situação de extrema vulnerabilidade.
Mccallum; Reis, 2006.	Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil	Revista Caderno de Saúde Pública	Pesquisa etnográfica	As mulheres descrevem o trabalho como dominado pelo medo, solidão e dor.
Wolff; Waldow, 2008.	Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.	Revista Saúde e Sociedade	Pesquisa qualitativa, teoria da representação social	Evidenciou-se o não cuidado ou a desumanização da assistência à mulher em trabalho de parto e parto.
Milbrath et al., 2010.	Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição.	Revista Escola Anna Nery	Pesquisa descritiva, exploratória, abordagem qualitativa	Encontrou-se o despreparo do profissional para assistir a mulher durante o trabalho de parto e parto; a desumanização na assistência; e a ausência do acompanhante no processo.
Schmal fuss et al., 2010.	O cuidado à mulher com comportamen-	Revista Ciência Cuidado Saú-	Relato de experiência	A paciente sofreu agressões verbais por adotar a posição

	to não esperado pelos profissionais no processo de parturição	de		genupeitoral, foi chamada e comparada a um “bicho”. Foi amarrada e sofreu a Manobra de Kristeller.
Santos; Pereira, 2012.	Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo.	Revista de Saúde Coletiva	Pesquisa descritiva, exploratória, abordagem qualitativa	As entrevistadas vivenciaram o processo parturitivo com solidão, medo, dor, sofrimento, abandono, e tiveram seus filhos, sozinhas.
Vargas et al., 2014.	A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes	Revista de pesquisa cuidado é fundamental	Pesquisa descritiva, exploratória, abordagem qualitativa	A violência do profissional foi identificada de quatro modos: negligência, violência verbal, violência física, e abuso sexual.

Fonte: [Griboski e Guilhem \(2006\)](#); [Mccallum e Reis \(2006\)](#); [Wolff e Waldow \(2008\)](#); [Milbrath et al. \(2010\)](#); [Schmalfuss et al. \(2010\)](#); [Santos e Pereira \(2012\)](#); [Vargas et al. \(2014\)](#).

Os estudos foram publicados em periódicos nacionais entre os anos de 2006 a 2014 e realizados, principalmente, em maternidades públicas e Hospital Escola/ Universitário, nas regiões sul (Rio Grande do Sul), nordeste (Bahia) e sudeste (Rio de Janeiro); com ausência somente da região norte e centro-oeste, o que revela a necessidade de estudos primários para caracterizar essa problemática na região.

Em 57,4% dos artigos analisados foram publicados em periódicos de enfermagem, (Escola Anna Nery, Revista de Pesquisa Cuidado e Enfermagem on-line e Texto e Contexto em Enfermagem, Ciência, Cuidado e

Saúde), as demais foram: Revista de Saúde Coletiva, Caderno de Saúde Pública e Saúde Sociedade São Paulo. Sobre a formação dos autores dos artigos, cerca de 90% são enfermeiros, exceto uma antropóloga e uma estudante de letras. Isso mostra a preocupação dos enfermeiros em discutir a temática, uma vez que nossa formação nos permite esse olhar mais humanizado.

Os métodos utilizados nos estudos foram associações de entrevista semiestruturada e observação dos profissionais, sendo o tipo de estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Quase metade dos estudos (42,8%) foram escritos a partir de recortes de estudos (teses e dissertações). Os participantes dos estudos incluíam profissionais de saúde e puérperas, com diferentes graus de escolaridade, faixa etária e raça, e com nacionalidade brasileira.

Da análise de conteúdo dos artigos, duas categorias foram propostas para a síntese desses achados: caracterização da violência institucional obstétrica no Brasil e modelo de assistência ao parto às mulheres em situação de violência no Brasil. Cada categoria apresentou artigos que discutiam resultados semelhantes sobre a violência institucional obstétrica.

4 DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da violência institucional obstétrica no Brasil

Foi constatada em todos os artigos a prática da violência institucional obstétrica, sendo a negligência, a forma mais adotada, seguida pela violência verbal, e a violência física. Não houve relatos da violência sexual. Os profissionais descritos como promotores da violência foram os médicos, equipe

de enfermagem (não sendo possível diferenciar o enfermeiro do técnico em enfermagem através dos relatos) e estudantes, presente somente no estudo de [Wolff e Waldow \(2008\)](#). O momento em que a violência ocorre com maior frequência é durante a admissão na unidade hospitalar e na assistência ao parto na sala de pré-parto e parto do Centro Obstétrico.

A negligência foi identificada por meio da ausência de informação, ou informação insuficiente para a compreensão dos procedimentos aos quais as mulheres eram submetidas; peregrinação nas unidades hospitalares para serem admitidas, falta de atenção, indiferença, abandono nos leitos, banalização do sofrimento (falta de manejo da dor) e a proibição da entrada do acompanhante de sua escolha ([MCCALLUM; REIS, 2006](#); [GRIBOSKI; GUILHEM, 2006](#); [WOLFF; WALDOW, 2008](#); [SCHMALFUSS et al., 2010](#); [MILBRATH et al., 2010](#); [SANTOS; PEREIRA, 2012](#); [VARGAS et al., 2014](#)).

Sobre a ausência da informação existem vários conceitos a serem considerados. Entende-se como não-informação aquela que não é dada de forma proposital, consciente, pelo pressuposto que o outro não vai conseguir entender mesmo o que seria explicado. A informação negada é aquela que é solicitada, procurada, mas não é dada por razões diversas, ou seja, não se atende ao apelo do outro que procura pela informação. Já a informação fragmentada é aquela fornecida por um único profissional, mas em linguagem inacessível à usuária, pois há abuso de termos do jargão técnico e profissional. Na informação confusa cada profissional a fornece de um jeito diferente, não contribuindo para a formação de um conjunto coerente para quem a ouve ([PEREIRA, 2004](#)).

A falta de atenção e a indiferença tornam-se rotina para os profissionais que se esquecem do ser, da pessoa que está ali sob seus cuidados. É fundamental que o acompanhamento de trabalho de parto e parto seja um momento de confiança e segurança entre profissional e cliente. Faz-se necessário um cuidado com orientações a cada procedimento, valorizando a participação ativa das parturientes e respeitando o momento de dor. A presença de atitudes negativas configuram o não-cuidado à cliente, quando o profissional de saúde mostra-se indiferente e insensível a ela ([WOLFF; WALDOW, 2008](#)).

Entre os periódicos envolvidos na pesquisa, somente no estudo realizado por [Vargas et al. \(2014\)](#) foi relatado a presença do acompanhante junto às mulheres, sendo permitido apenas do sexo feminino, e isso não é preconizado pelo Ministério da Saúde. Segundo a Lei 11.108 de 7 de abril de 2005, os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, o qual deve ser indicado pela própria parturiente ([BRASIL, 2005](#)).

A violência verbal se configura através do tratamento grosseiro por parte dos profissionais com uso de gritos, assumindo uma postura de “perda de controle”, deixando a parturiente “apavorada” e insegura. Constatou-se a objetificação das mulheres, as quais tiveram o sentimento de terem sido tratadas como um “lixo, ou um animal” ([MCCALLUM; REIS, 2006](#); [GRIBOSKI; GUILHEM, 2006](#); [MILBRATH et al., 2010](#); [SCHMALFUSS et al., 2010](#)). Observou-se também a presença da fala moralista e pejorativa como: “Você deveria estar em casa

brincando de boneca!"; "Na hora de fazer era bom, agora você sente dor!" ([MCCALLUM; REIS, 2006](#)).

O profissional que deveria passar segurança, confiança para a parturiente, com sua conduta aguçou seus medos e anseios. Refletir sobre esse fato faz reiterar a importância do preparo do profissional que presta a assistência à gestante e ou parturiente. É de fundamental importância que os profissionais de saúde, indiferentemente do cargo que ocupam, tenham habilidade, competência técnica e controle emocional para prestar a assistência ([MILBRATH et al., 2010](#)).

No momento em que agride, ao agressor não interessam os apelos de sua vítima, tem enjoo de seus lamentos, que lhe parecem uma provocação. Tratando a vítima como objeto, negando-se a reconhecer sua dor, impondo-lhe uma situação contrária ao seu desejo, obrigando-lhe a fazer o que não concorda, que moralmente não aceita, o agressor avilta a liberdade da pessoa agredida, e percorre a trilha da violação dos direitos humanos ([LEOCÁDIO, 2014](#)).

Diante do medo de serem repreendidas pelos profissionais devido à manifestação da dor, as mulheres preferem o isolamento social. ([MCCALLUM; REIS, 2006](#); [GRIBOSKI; GUILHEM, 2006](#)). Assim, o silêncio torna-se uma arma para lidar com esse momento de crise, e é visto tanto como uma manifestação de força da parturiente, quanto como uma reação de espanto às cenas presenciadas na sala de pré-parto e parto, ou, ainda, simplesmente, como recurso prático. Mas o silêncio poderia também ser interpretado como estratégia de resistência simbólica, uma recusa à submissão aos significados que o ambiente institucional impõe às par-

turientes e ao processo do parto ([MCCALLUM; REIS, 2006](#)).

A violência física esteve presente através da exposição desnecessária da intimidade, promoção do desconforto através dos procedimentos, toques vaginais repetidos, episiotomia, uso de fórceps, manobra de Kristeller e contensão na posição ginecológica ([MCCALLUM; REIS 2006](#); [WOLFF; WALDOW, 2008](#); [MILBRATH et al., 2010](#); [SCHMALFUSS et al., 2010](#); [SANTOS; PEREIRA, 2012](#)).

Considerando a categorização da OMS sobre a utilidade, a eficácia e, substancialmente a ausência de efeitos prejudiciais das condutas e das práticas ao parto normal, nota-se a presença de práticas frequentemente usadas de forma inadequada. O número de exames vaginais deve ser limitado e, ser evitado até que a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto. Quando realizado por estudante deverá ser confirmado pelo seu supervisor somente após consentimento da parturiente, pois em nenhuma circunstância a mulher deve ser coagida a passar por exames vaginais frequentes e repetidos feitos por vários prestadores de serviço ou treinados. Porém o que se verifica na prática é a ênfase na realização do procedimento e o uso das mulheres como "material de ensino", em detrimento do aprendizado e independentemente da indicação criteriosa do procedimento ([OMS, 1996](#)).

Sobre a episiotomia, não existem evidências confiáveis que o seu uso liberal ou rotineiro tenha um efeito benéfico, mas há evidências claras de que pode causar dano ([OMS, 1996](#)). Em referência ao aspecto simbólico do procedimento, remete-se aos conceitos de Davis-Floyd, quando diz que a episiotomia tem seu lugar nos ritos e símbolos, respaldando, com êxito, a distintas

demandas dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência ao parto, das mulheres em trabalho de parto e da sociedade e culturas mais abrangentes. A episiotomia quando analisada como uma mutilação ritual retrata o corpo da mulher pela medicina como uma máquina essencialmente deficiente, cujo controle e aperfeiçoamento cabem à ciência ([VIEIRA, 1999](#)).

Assim, evidencia-se o processo de naturalização dos corpos femininos com base na sua medicalização, ou seja, permitindo a apropriação médica desses corpos como objetos de seu saber. Desta forma, os partos, e não as mulheres parindo, deixam de ser um assunto de âmbito privado e assumem face pública, e devem ser dirigidos e controlados com toda a sorte de intervenções possíveis. E, cabe a elas suportarem resignadamente a dor imposta pelos procedimentos, naturalizados como parte do processo a fim de assegurar o “sucesso” do nascimento ([SOUZA; ALMEIDA; REIS, 2009](#)).

4.2 Modelo de assistência ao parto às mulheres em situação de violência no Brasil

As produções científicas apontaram para um modelo de atenção às mulheres em situação de violência que opera o modelo tecnicista que prima pela racionalidade e pela ausência da humanização da assistência, e vem refletindo ou talvez seja o reflexo das formas de pensar e agir de cada profissional ([CARRARO et al., 2006](#)). Trata-se do saber-poder hierarquizado e reforçado institucionalmente pelo domínio médico sobre o cliente e, em outros momentos, sobre os profissionais de enfermagem ([WOLFF; WALDOW, 2008](#); [VARGAS et al., 2014](#)).

Seguir esse paradigma leva a uma preocupação apenas técnica, ou seja, preocu-

pam-se mais com a gravidez do que com a “mulher grávida”, assim, a técnica do parto é supervalorizada e a mulher deixa de ser vista como um ser humano biopsicossocio-espírito. A técnica passa a ser mais valorizada do que aquele ser humano que está buscando o cuidado. Tem-se uma desvalorização da relação intersubjetiva que ali se passa. ([BRUGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007](#); [MILBRATH et al., 2010](#)).

No processo de trabalho em saúde hospitalar, o agente condutor é a figura do médico, sendo a parturiente objeto de sua assistência. As prescrições rotineiras, não individualizadas, constituem o processo de trabalho de assistência ao parto. Tais situações denotam que uma das finalidades deste processo de trabalho é mais tratar o parto para atender às necessidades do profissional do que as da parturiente ([SODRÉ; LACERDA, 2007](#)).

O parto, para um grupo de mulheres adeptas do parto humanizado, é muito mais do que um ato fisiológico, sendo, na realidade, uma experiência única, pessoal, sexual, espiritual, social e cultural, ou seja, muito mais do que corpos, programas e manuais médicos ([CARNEIRO, 2013](#)). Nesse âmbito, à medida que os profissionais percebem essa gestante como um ser único, com experiência de vida particular, com temores, ansiedades e sonhos, a obtenção da prática de uma assistência holística fica mais próxima ([SILVA et al., 2009](#)). Finalmente, pensa-se que é essencial os profissionais da saúde trabalhem em equipe, discutindo as particularidades de cada paciente e adotando condutas e discursos semelhantes com a finalidade de prestar um cuidado humanizado ([SCHMALFUSS et al., 2010](#)).

Nesse sentido, as políticas públicas da saúde reprodutiva das mulheres deve impe-

rar o protagonismo da gestante no processo parturitivo, resguardando a sua autonomia, e direitos. Assim, é essencial um cuidado acolhedor, e qualificado, deixando as usuárias do serviço mais satisfeitas quanto a qualidade ofertada. Percebe-se ainda que a qualidade desse atendimento muitas vezes acaba dependendo muito mais da equipe de saúde do que da própria instituição, pois para dar conta deste processo de humanização na assistência obstétrica é necessário que se tenha profissionais de saúde humanizados. Estes profissionais devem ser capazes de entender as dimensões subjetivas da sua paciente como prioritárias ([VARGAS et al., 2014](#)).

5 CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu constatar que a violência institucional obstétrica é frequente, no Brasil, e praticada por médicos e profissionais da enfermagem, em especial, na forma de negligência, violência verbal e violência física, exceto a violência sexual. Os relatos de mulheres que buscaram o atendimento na assistência ao parto revelaram atendimento inverso ao recomendado pela política de humanização do SUS.

Os profissionais de saúde, em sua maioria, foram lembrados, pelas atitudes grosseiras, de desatenção, momentos de abandono no leito, proibição da entrada de acompanhantes e procedimentos invasivos, o que exacerbou o sentimento de dor e angústia.

Os artigos destacaram a adoção de um modelo de atenção à saúde das mulheres em situação de violência que reforça o tecnicismo, com prescrições rotineiras que somente atendem à demanda do profissional.

Em contrapartida, o enfermeiro tem um papel importante nesse processo, pois a essência de sua formação é o cuidado do ser humano, de modo integral e holístico, desenvolvendo diferentes ações, a fim de modificar o modelo assistencial instalado e resgatar a humanização no atendimento obstétrico.

Portanto, recomenda-se como estratégia de enfrentamento da violência obstétrica o conhecimento das mulheres sobre seus direitos, contemplando a elaboração e o respeito ao plano de parto, inclusive com a exigência da presença do acompanhante de sua escolha em todos os setores das maternidades.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. 215f. Tese (Doutorado em Ciências). - Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva, USP, São Paulo, 2010.
- BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 07 abr. 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRUGGEMANN, O. M; OSIS, M. J. D; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 44-52, 2007.

- CARNEIRO, R. Daquilo que os médicos quase não falam: transe e êxtase na cena de parto. Experiências e percepções dissidentes de saúde e de bem-estar na contemporaneidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2369-2378, 2013.
- CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, n. 15, p. 97-104, 2006.
- CARVALHO, V. F. et al. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. **Rev. Rene**, v. 11, Número Especial, p. 92-98, 2010.
- COSTA, N. M. et al. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. **Facene/Famene**, v. 9, n. 2, p. 45-50, 2011.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. F.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence Against women in health – care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 11, p. 1681-1685, 2002.
- DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 627-637, 2005.
- DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.
- FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Núcleo de Opinião Pública. Gravidez, filhos e violência institucional no parto. In: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**: pesquisa de opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.
- GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed, São Paulo: Atlas, 2008.
- GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. G. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.1, p.107-14, 2006.
- LEAL, M. C. et al. **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.
- LEOCÁDIO, E. **Violência e direitos humanos**. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/rhamas/violenciadire.html>>. Acesso em: 10 dez. 2014.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v.17, n. 4, 2008.
- MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 22, n.7, p.1483-1491, 2006.
- MILBRATH, V. M. et al. Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição. **Esc. Anna Nery**, n. 14, n. 2, p. 462-467, 2010.
- OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade Segura**. Assistência ao Parto Normal: um guia prático. Genebra, 1996.
- _____. **Informe mundial sobre la violencia y salud**. Genebra (SWZ), 2002.
- PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 391-400, 2004.
- REDE PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência Obstétrica “Parirás com dor”**: dossiê elaborado para a CPMI da violência contra as mulheres. Brasília: Senado Federal, 2012. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/comiss>

oes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SANTOS, L. M.; PEREIRA, S. S. C. Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 77-97, 2012.

SCHMALFUSS, J. M. et al. O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. **Cienc. Cuid. Saude**, v. 9, n. 3, p. 618-623, 2010.

SILVA, K. L. et al. Interação: instrumentos básicos do processo de cuidar em enfermagem. In: Nóbrega MML, Silva KL. **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2 ed. Belo Horizonte: ABEn, p. 97-115, 2009.

SILVA, T. F.; COSTA, G. A. B.; PEREIRA, A. L. F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n.1, p. 82-87, 2011.

SODRÉ, T. M; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 1, p. 82-9, 2007.

SOUZA, K. V; ALMEIDA, M. R. C. B; REIS, R. Mulheres e profissionais de saúde: a assistência ao parto normal com enfoque nas evidências científicas. **VII Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Qualificação da atenção e dos recursos humanos de enfermagem em saúde da mulher e do recém-nascido. Teresina, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

VARGAS, P. B. et al. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 3, p. 1021-1035, 2014.

VIEIRA, E. M. A medicalização do Corpo Feminino. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H. (Org.s). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 67-78, 1999.

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

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Artigo **recebido** em 21 de abril de 2015.

Avaliado em 20 de outubro de 2015.

Aceito em 24 de outubro de 2015.

Publicado em 16 de novembro de 2015.

Como citar este artigo (ABNT):

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SOUZA, Nádia Ferreira de. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan./jun. 2015.