

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CAMILA BORBA

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DURANTE A PARTURIÇÃO

Porto Alegre

2012

CAMILA BORBA

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DURANTE A PARTURIÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado à Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia Junqueira Armellini

Porto Alegre

2012

CAMILA BORBA

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DURANTE A PARTURIÇÃO

Monografia, apresentada à Banca Examinadora do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Profª. Drª. Cláudia Junqueira Armellini.

Banca Examinadora:



Profª. Drª. Cláudia Junqueira Armellini
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS


Profª. Drª. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS


Profª. Drª. Virgínia Leismann Moretto
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Aprovado pela Banca Examinadora com conceito A .

Porto Alegre 04 de julho 2012.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que me guiaram, nesta caminhada, com sabedoria, cuidado humanizado, paciência e carinho. Aprendi que nenhuma conquista se faz sozinha, sem apoio e força de vontade. Por isso, não posso deixar de agradecer aos “anjos” que me guardaram por toda essa jornada.

À minha amada mãe que me transmitiu o maior bem da humanidade: o amor. Agradeço por seus exemplos de obstinação e caráter que nunca permitiram que eu descreditasse em minha capacidade e que me desfizesse dos meus princípios.

À minha amada avó, Alípia, pelo amor e carinho que sempre me dedicou. Obrigada por me apoiar nos momentos de dificuldade e por ser meu “porto seguro”.

Ao meu namorado e companheiro de desafios, Rafael, agradeço pela paciência, amor e cuidado. Sou muito feliz em ter um parceiro que sempre apoia meus sonhos.

Ao meu pai pela presença e pelo amor. Obrigada por me incentivar a sempre seguir meu coração e a batalhar pelo que acredito.

Aos meus amados tios, primos, padrasto, irmãos e familiares por me cercarem de muito amor. Aos meus queridos amigos pelo companheirismo, apoio e compreensão com minha ausência.

Aos grandes mestres que cruzaram meu caminho (professores, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, secretários, colegas e usuários dos serviços de saúde) que me ensinaram a fazer enfermagem e a amar a profissão que escolhi. Sem a presença de cada um de vocês, minha formação não teria sido tão qualificada e inesquecível.

À minha querida professora, amiga, conselheira, companheira e orientadora Cláudia Junqueira Armellini, por me contagiar com seu grande amor pela obstetrícia e por me inspirar a acompanhá-la nessa jornada de promoção de uma atenção integral e de qualidade. Obrigada por ser uma pessoa tão especial e uma profissional tão competente e humana. Vou guardá-la em meu coração como inspiração para a enfermeira que quero ser.

“Nunca perca a fé na humanidade, pois ela é como um oceano. Só porque existem algumas gotas de água suja nele, não quer dizer que ele esteja sujo por completo.” (Mahatma Gandhi)

RESUMO

A violência no processo de parturição está relacionada a diversos fatores vinculados à atenção no pré-natal e nascimento, principalmente ao modelo intervencionista e biomédico, que desrespeita o protagonismo e as decisões femininas durante a parturição. Objetivou-se caracterizar a violência institucional praticada contra mulheres durante a parturição, utilizando-se a Revisão Integrativa proposta pelo método de Cooper. A amostra foi composta por dez artigos indexados na base de dados LILACS, no período de 2002 a 2011. A caracterização da violência foi embasada em seus tipos, na identificação dos profissionais envolvidos e nos locais de ocorrência. Constatou-se que a violência institucional manifesta-se nos variados momentos do processo de parturição, principalmente no pré-parto. O profissional médico é descrito, em muitos artigos, como um dos promotores de violência; contudo, há uma tendência de generalização da violência institucional como prática dos profissionais de saúde. Identificou-se a negligência como o tipo de violência mais frequente, sendo que a ausência de informação, o tratamento grosseiro, a objetificação e a promoção de desconforto durante os procedimentos permearam quase a totalidade dos artigos. Esses resultados corroboram a importância do aprofundamento do tema e de mais estudos na área. Entende-se que a identificação da violência institucional é essencial para modificação do cenário atual, observando-se três caminhos para ruptura desse ciclo: apropriação de conhecimentos pelas gestantes desde o pré-natal, incorporação de mudanças na formação acadêmica, bem como, fortalecimento das políticas de saúde a favor dos direitos da mulher.

Descritores: Violência. Parto. Parto Humanizado. Trabalho de Parto.

ABSTRACT

Violence in labor is related to several factors related to prenatal care and birth, especially the interventionist and biomedical model, which disregards the role and the decisions women during childbirth. This study aimed to characterize the institutional violence committed against women during childbirth, using the method proposed by Integrative Review of Cooper. The sample is comprised by ten articles indexed in the LILACS database between 2002-2011. The characterization of violence is based on its types, on the identification of the involved professionals, and on the places where it happened. The institutional violence is supposed to manifest in various moments during labor and delivery, especially in the pre-labor. The medical professional is described, in many articles, as one of the violence promoters; however, there is a tendency for generalizing the institutional violence as something practiced by health professionals. Negligence was identified as one of the most frequent kinds of violence, and lack of information, rude treatment, objectification, and discomfort promotion during procedures were mentioned in practically all the articles. Such results corroborate the importance of a profound study of this and related themes. The identification of the institutional violence is regarded as essential for a change in the current scenario, with three ways for breaking this cycle: appropriation of knowledge by pregnant women from pre-labor, incorporation of change in the academic qualification, and the strengthening of health policies in favor of women's rights.

Key words: Violence. Birth. Humanized Birth. Labor.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Apresentação dos artigos que constituem o estudo. Brasil, 2002 – 2011	21
Gráfico 1 – Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação. Brasil, 2002 – 2011	22
Gráfico 2 – Distribuição dos artigos segundo o estado de ocorrência da pesquisa. Brasil, 2002 – 2011	25
Gráfico 3 – Distribuição dos autores dos artigos (n=24) segundo a categoria profissional. Brasil, 2002 – 2011	26
Gráfico 4 – Distribuição dos artigos quanto vinculação a Programa de Pós-Graduação. Brasil, 2002 – 2011	27
Quadro 2 – Distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo. Brasil, 2002 – 2011	28
Quadro 3 – Distribuição dos artigos segundo a presença da violência institucional como objetivo. Brasil, 2002 – 2011	28
Gráfico 5 – Distribuição dos artigos segundo os profissionais que praticam a violência institucional. Brasil, 2002 – 2011	33
Quadro 4 – Distribuição dos artigos segundo as conclusões. Brasil, 2002 – 2011	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos artigos publicados na Base de Dados LILACS, segundo descritores e critérios de inclusão. Brasil, 2002 – 2011	18
Tabela 2 – Distribuição dos artigos segundo o periódico. Brasil, 2002 – 2011	24
Tabela 3 – Distribuição dos artigos segundo as descrições das situações de violência institucional. Brasil, 2002 – 2011	29
Tabela 4 – Distribuição dos artigos segundo o tipo de violência. Brasil, 2002 – 2011	32
Tabela 5 – Distribuição dos artigos segundo os momentos de ocorrência da violência institucional. Brasil, 2002 – 2011	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 METODOLOGIA	17
3.1 Tipo de Estudo	17
3.2 Formulação do Problema	17
3.3 Coleta dos Dados	17
3.4 Avaliação dos Dados	19
3.5 Análise e Interpretação dos Dados	19
3.6 Apresentação dos Resultados	20
3.7 Aspectos Éticos	20
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	21
4.1 Caracterização da Amostra	22
4.2 Caracterização da Violência Institucional durante a Parturição	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	44
APÊNDICE B – Quadro sinóptico	45
ANEXO – Carta de aprovação de pesquisa pela COMPESQ – EEUFRGS	49

1 INTRODUÇÃO

Em relatório realizado para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência é definida como a utilização intencional do poder ou da força, por meio de sua expressão real ou, até mesmo, a partir de ameaças contra qualquer ser, com possibilidade de resultar em lesão, dano psicológico, morte ou privação. Desse modo, a violência é considerada um problema de saúde pública mundial (KRUG et al., 2002). A violência institucional pode ser considerada uma das faces mais preocupantes da violência, porquanto é praticada por agentes e órgãos públicos que deveriam estar voltados para a defesa dos cidadãos (BRASIL, [2003?]).

Para a maioria dos indivíduos, a palavra violência refere-se à criminalidade e a ações cometidas por desconhecidos. Além disso, esse termo indica gravidade. Portanto, a expressão da violência vivenciada é dificilmente relatada com essa terminologia (SCHRAIBER et al., 2003).

D'Oliveira, Diniz e Schraiber (2002) subdividem a violência cometida contra as mulheres em serviços de saúde em quatro tipos: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. A negligência trata-se do descuido dos profissionais para com as parturientes, desde a falta de informações necessárias, até a privação de assistência. 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 de analgesia quando indicado. Já a violência sexual é a menos comumente praticada nos serviços de saúde, sendo caracterizada por estupro ou abuso sexual (D'OLIVEIRA; DINIZ; SCHRAIBER, 2002). As classificações anteriores assemelham-se com as utilizadas para definir violência contra a mulher em qualquer ambiente, as quais são divididas em violência física, psicológica e sexual (SCHRAIBER et al., 2003).

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, ninguém pode ser submetido a tratamento cruel, desumano ou degradante, assim como a ataques à honra e à reputação. Além disso, os seres humanos têm direito a proteção contra toda discriminação que transgrida essa declaração (ONU, 2000).

Assim, o termo humanização é utilizado para redefinir as relações humanas de assistência e rever o cuidado prestado. A humanização do parto refere-se a uma

multiplicidade de conceitos divergentes com propostas de modificação das práticas das instituições de saúde. Além disso, pode ser considerada uma maneira mais diplomática de questionar as violências de gênero e as violações dos direitos cometidas pelos serviços de saúde, facilitando o diálogo dos profissionais sobre a violência institucional (DINIZ, 2005). A Política Nacional de Humanização existe desde o ano de 2003 a fim de consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando os direitos dos cidadãos, valorizando os indivíduos durante o processo de produção de saúde, estimulando a autonomia e protagonismo dos sujeitos, bem como a co-responsabilidade entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários (BRASIL, 2004).

A qualidade do atendimento é uma condição a ser considerada para a evolução do processo de parturição, demonstrando o desempenho e a eficiência da instituição em que ocorre. No entanto, essas características não são uma constante nos serviços de saúde. De acordo com a pesquisa realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo em parceria com o Serviço Social do Comércio (BRASIL, 2010), das 2.365 mulheres entrevistadas nos 176 municípios do país em que o estudo foi aplicado, 62,0% declararam que já tiveram, no mínimo, um parto em serviços de saúde públicos ou privados. Dentre estas, 25,0% declararam ter sofrido algum tipo de violência institucional durante o parto. O estudo citado caracterizou como violência: assédios sexuais, agressões físicas e psicológicas, humilhações, negligência, exames de toque dolorosos e falta de informações sobre procedimentos realizados.

A violência no processo de parturição está relacionada a diversos fatores vinculados à atenção no pré-natal e nascimento, principalmente ao modelo intervencionista e biomédico. Esse modelo hegemônico tem como características altas taxas de violência à mulher, porquanto não respeita o protagonismo e as decisões femininas durante a parturição.

Aliado aos altos índices de violência institucional no processo de parturição, percebe-se que, nos últimos 20 anos, as taxas de mortalidade materna no Brasil mantiveram-se estáveis – e superiores as de países desenvolvidos – apesar dos avanços nas áreas científicas e tecnológicas. Ainda, constatou-se que 90,0% dessas mortes poderiam ter sido evitadas. Tal fato é atribuído à inadequada qualidade da assistência ao parto e nascimento: excessivamente mecanizada e pouco voltada para o desenvolvimento das relações interpessoais. Conquanto essa seja uma

realidade do nosso país, existem muitos esforços a favor da humanização da atenção à parturiente, assim como uma intensa reação internacional e produção literária em resposta a violência institucional (RATTNER, 2009).

Na qualidade de acadêmica de enfermagem e monitora da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher, realizei atividades assistenciais no Centro Obstétrico de dois hospitais de Porto Alegre durante o período de, aproximadamente, um ano, em que, algumas vezes, presenciei situações de violência no processo de parturição. Fiquei surpresa com as agressões cometidas pelos “profissionais” contra as mulheres no momento em que elas mais precisam de atenção e conforto. Além disso, percebi que a violência é reproduzida por alguns como mais uma das muitas rotinas do serviço. Dessa forma, tive interesse em estudar o tema e identificar como ele tem sido abordado na literatura.

Portanto, este estudo poderá ter repercussões sobre a assistência de enfermagem, como também sobre a postura das mulheres, das instituições e dos demais profissionais envolvidos no atendimento a mulheres em trabalho de parto, à medida que caracteriza a violência institucional durante a parturição e demonstra a relevância da abordagem deste assunto no Brasil. Assim, será possível suscitar a reflexão sobre a assistência dos profissionais de saúde, bem como contribuir para a melhoria do atendimento à parturiente.

Na cultura ocidental, ocorreu uma modificação na ideologia do nascimento, havendo uma tendência de transformar o parto fisiológico em um evento médico. Essa valorização das questões biológicas, em detrimento dos aspectos psicossociais da parturiente em seu momento único, leva ao descontentamento de algumas mulheres em relação a essa medicalização (HELMAN, 1994).

Nesse novo modelo, o corpo passa a ser percebido como máquina e o hospital como uma indústria de alta tecnologia, no qual seu produto final serão os bebês. Assim, culturalmente, todos passam a aceitar, para que tudo ocorra bem no parto, a intervenção médica e a utilização de aparatos tecnológicos – monitores fetais, soros intravenosos, instrumentos, procedimentos cirúrgicos, gráficos – (HELMAN, 1994).

Ávila (1998) descreve o mecânico da obstetrícia como sendo aquele profissional voltado para as questões técnicas, que somente examina o órgão de sua especialidade, que está apenas prevenindo estragos e procurando problemas para “consertar”. Esse mecânico não é receptivo a ansiedades e inseguranças das

gestantes, apenas realiza exames físicos, interpreta resultados laboratoriais e deseja que as mulheres obedeçam a suas recomendações. Contudo, a gestante necessita de uma atenção integral que ultrapasse os limites do seu aparelho reprodutor, visto que seu corpo inteiro está interligado: órgãos, emoções, ambiente (ÁVILA, 1998).

Para a mulher, o parto é considerado um momento único que estará relacionado a profundas modificações em diversos aspectos de sua vida. Ao contrário do que significa para a ciência: um evento médico isolado, correspondente a um período delimitado de atenção àquela mulher, apenas durante a gravidez (HELMAN, 1994).

Portanto, é imprescindível que o profissional atenda às gestantes de maneira humanizada, demonstrando empatia, facilitando a expressão dos sentimentos da paciente e respeitando suas opiniões. Já que as gestantes são muito sensíveis e capazes de identificar o real interesse do profissional (ÁVILA, 1998).

Apesar de a gestação ser uma transição natural ao processo de desenvolvimento humano, ela envolve diversas dimensões de readaptações na identidade do homem e da mulher, assim como na redefinição de papéis sociais, podendo ameaçar o equilíbrio pessoal e o próprio casamento. Além disso, questões socioeconômicas também se modificam com a chegada de um bebê (MALDONADO, 1997).

Conforme o parto se aproxima, aumentam as taxas de ansiedade e de medo da gestante, seja devida mudança com a chegada de um novo membro à família, seja pela imprevisibilidade do parto. Aliás, outro componente que provoca ansiedade é o fato da mulher saber que não tem controle sobre o parto. Concomitantemente, à vontade de ficar com seu bebê e terminar sua gestação, há desejo de prolongar a gravidez, o momento do parto e as novas adaptações (MALDONADO, 1997).

O trabalho de parto inicia quando ocorrem contrações uterinas regulares, aliadas a modificações do colo do útero. Pode ser dividido em quatro períodos clínicos: período de dilatação, período de expulsão, período de dequitação e primeira hora pós-parto (COSTA et al., 2011).

O parto é o momento em que ocorrem as mudanças orgânicas mais intensas e as emoções mais profundas na vida da mulher. Assim, fantasias comuns em relação a esse período têm caráter autopunitivo, como morrer no parto, ficar com a vagina alargada para sempre, ficar com os órgãos genitais dilacerados devido ao parto, ter leite fraco, ficar presa ao bebê, ter um filho malformado ou morto

(MALDONADO, 1997). Esses medos podem gerar desespero, agitação, gritos e diminuição da compreensão das orientações recebidas. Por isso, é imprescindível que a equipe de saúde crie um ambiente calmo e acolhedor para a parturiente e seu acompanhante (ESPIRITO SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005).

O parto caracteriza um momento de irreversibilidade, uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer maneira. Assim, muitas mulheres o consideram imprevisível, por não saberem identificar sua chegada e por não terem controle sobre essa situação. Ao contrário da gestação, o parto é um processo abrupto que evolui rapidamente e que acompanha intensas mudanças (MALDONADO, 1997).

A violência durante a parturição pode prolongar o trabalho de parto e provocar experiências negativas que poderão acompanhar a mulher durante toda sua vida. Segundo Armellini e Riffel (2005), as reações da parturiente interferem no parto, podendo produzir variados efeitos de acordo com as experiências vivenciadas. Portanto, há a necessidade do profissional de saúde auxiliar na redução do estresse, utilizando-se de seu papel educativo (ESPIRITO SANTO; SANTOS; MORETTO, 2005).

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, em parceria com o Ministério da Saúde, elaborou uma cartilha a fim de informar para as mulheres suas garantias durante a gravidez. Dessa maneira, esse material confirma que é direito das gestantes serem atendidas com respeito e dignidade pelos profissionais de saúde, sem qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 2000a).

Em razão de o parto ser considerado uma urgência, nenhum serviço de saúde pode recusar prestar atendimento; mesmo que haja necessidade de transferência da paciente, é preciso que antes os profissionais de saúde certifiquem-se de que há tempo. Além disso, a parturiente tem o direito de ser ouvida, de questionar, de solicitar a presença de um acompanhante, de expressar seus sentimentos (chorar, gritar, rir) sem ser recriminada pelos profissionais de saúde (UNICEF, 2011).

A Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, garante o direito das parturientes serem acompanhadas por alguém de sua escolha durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Essa lei obriga os serviços hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria e conveniada a permitir que as mulheres não fiquem sós nesse momento tão importante de suas vidas (BRASIL, 2005).

Existem procedimentos que nem sempre são necessários para a assistência ao parto, como a realização de lavagem intestinal, tricotomia, episiotomia, a restrição

alimentar e hídrica, a permanência no leito e a utilização de ocitocina. Caso haja necessidade de cesariana, a mulher tem o direito de ser informada sobre os motivos de sua indicação. Na maioria das situações, o parto normal é mais seguro para a mãe e para o bebê (BRASIL, 2000a). Segundo a OMS (1996), deve existir um motivo consistente para a ocorrência de intervenção no processo natural.

Durante o parto, o profissional de saúde deve garantir o bem-estar da gestante e do bebê. Portanto, é imprescindível que fatores como o ambiente, o comportamento de profissionais que atendem o parto, a presença do acompanhante e os sentimentos da parturiente sejam considerados. Ainda, a fim de amenizar a dor, a mulher pode disponibilizar de métodos não-farmacológicos como banhos de chuveiro, massagem, entre outros. Caso a dor seja intensa e haja indicação de analgesia, o médico pode oferecê-la à parturiente. A gestante também tem o direito de escolher a melhor posição durante o trabalho de parto e parto, devendo ser incentivada pela equipe a adotar a posição sentada e de cócoras a fim de facilitar o parto. Em geral, o rompimento artificial da bolsa de água (amniotomia) é um procedimento desnecessário. Além disso, o profissional não deve deixar de ouvir os batimentos do bebê durante o parto e nem forçar a saída do bebê apertando a barriga da parturiente (UNICEF, 2011).

Após o parto, na maioria das circunstâncias, a mãe tem o direito de amamentar e permanecer com seu filho no alojamento conjunto. Nesse momento, devem ser fornecidas informações sobre aleitamento, cuidados com o bebê e com a puérpera. Na alta, a mulher deverá ser informada sobre o local e a data para a consulta de pós-parto e de atendimento para o bebê. Se os direitos da mulher não tiverem sido respeitados em qualquer etapa do atendimento, é importante que a gerência do serviço de saúde seja informada sobre fato (BRASIL, 2000a).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar a violência institucional praticada contra as mulheres durante a parturição, por meio de Revisão Integrativa.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos deste estudo foram três:

- identificar os tipos de violência cometidos durante a parturição;
- identificar quem pratica a violência institucional;
- identificar em quais momentos do processo de parturição a violência institucional acontece.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é uma pesquisa do tipo Revisão Integrativa (RI), baseada no método descrito por Cooper (1982) que tem por objetivo sintetizar e analisar dados a fim de obter uma explicação abrangente para uma questão específica. O autor propõe que o método seja dividido em cinco etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

3.2 Formulação do Problema

A questão norteadora deste estudo é a seguinte: *“Como se caracteriza a violência institucional durante a parturição?”*

3.3 Coleta dos Dados

Para a coleta dos dados desta pesquisa, foram utilizados periódicos que abordassem a temática estudada e que estivessem indexados na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Optamos por essa base de dados a fim de atingir os objetivos do trabalho e de obter resultados fiéis da realidade Latino Americana, porquanto se acredita que esta seja semelhante a que ocorre no Brasil. Os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criados pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), foram escolhidos para a busca dos dados desta pesquisa: *Violência, Parto, Parto Humanizado, Trabalho de Parto.*

Os critérios de inclusão foram os seguintes: artigos de pesquisa qualitativos e/ou quantitativos que abordassem a violência institucional contra mulheres durante o processo de parturição em serviços hospitalares, publicados no idioma português ou espanhol, no período de 2002 a 2011, disponíveis *on-line*, na íntegra e gratuitamente na base de dados LILACS. Os estudos do tipo Referenciais Teóricos, Teses e Revisões Integrativas foram excluídos desta pesquisa, assim como os que não contemplaram os critérios de inclusão. Cabe informar que, no projeto desta RI, o período de publicação dos artigos a serem incluídos era de 2007 a 2011 (cinco anos). No entanto, após a busca na Base de Dados com os critérios definidos, identificou-se um número reduzido de artigos (apenas quatro). Com esse resultado, decidiu-se por ampliar o período de seleção, de cinco, para dez anos. Assim, a realização da busca dos artigos na base de dados LILACS, resultou na Tabela 1, apresentada abaixo.

Tabela 1 – Distribuição dos artigos publicados na Base de Dados LILACS, segundo descritores e critérios de inclusão. Brasil, 2002 – 2011.

DeCs Critérios de Inclusão	Parto e Violência	Trabalho de Parto e Violência	Parto Humanizado e Violência	Parto Humanizado e Parto	Parto Humanizado e Trabalho de Parto	Total
Artigos	28	12	2	147	60	249
Íntegra	21	10	2	106	46	185
Português e/ou Espanhol	20	9	2	103	44	178
Período de 2002 a 2011	18	8	2	103	44	175
Tema	9	4	2	20	12	47
Quantitativo e/ou qualitativo	5	2	1	6	4	18

Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

Dentre 356 estudos encontrados na base de dados, 110 deles foram eliminados por não serem artigos originais, 64 por não se apresentarem disponíveis na íntegra e on-line, sete por pertencerem exclusivamente ao idioma inglês.

Ainda, um total de 175 artigos foi analisado quanto ao seu assunto. Após a leitura de seus títulos e, quando necessário, de seus resumos, 128 deles foram excluídos por não abordarem o tema. Por fim, os 29 artigos que não eram pesquisas do tipo quantitativo e/ou qualitativo foram eliminados.

Assim, resultaram 18 artigos, dentre os quais, três estavam duplicados (constavam em dois dos agrupamentos de descritores) e um apareceu como resultado nas buscas dos cinco grupos de descritores. A pré-seleção totalizou 11 artigos distintos, desses, um foi excluído, após sua leitura integral, por não responder a questão norteadora da RI. Portanto, a amostra desta pesquisa foi constituída por dez artigos.

3.4 Avaliação dos Dados

A fim de facilitar a organização e a análise dos conteúdos, utilizou-se um Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A) no qual foram incluídas as informações de cada artigo selecionado, de acordo com os objetivos e com a questão norteadora desta pesquisa.

3.5 Análise e Interpretação dos Dados

Para a análise dos dados do estudo, utilizou-se como recurso o Quadro Sinóptico (APÊNDICE B), em que as informações dos artigos científicos foram sintetizadas e comparadas. Essa etapa é de suma importância para o desenvolvimento do estudo, visto que facilita a visualização dos dados a serem discutidos.

3.6 Apresentação dos Resultados

A partir da amostra, os resultados da RI serão apresentados por meio de quadros, tabelas, gráficos a fim de facilitar a visualização dos resultados analisados.

3.7 Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram amplamente respeitados neste estudo: todos os autores utilizados foram referenciados conforme os preceitos da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002). Além disso, o conteúdo dos textos utilizados foi abordado, mantendo sua originalidade.

Posteriormente à aprovação do projeto desta pesquisa pela disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I, o estudo foi encaminhado para avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/ EEUFRGS). Portanto, o estudo somente foi iniciado após percorrer essas etapas de aprovação (ANEXO).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Esta pesquisa foi constituída por uma amostra de dez artigos científicos. Embora o idioma espanhol também fosse um critério de inclusão desta RI, todos os artigos dessa língua foram excluídos por não se adequarem a algum dos demais critérios do estudo. Todos os artigos da amostra foram publicados no idioma português e são procedentes do Brasil.

Acredita-se que essa característica possa estar relacionada ao consistente movimento de humanização do parto presente no país nos últimos dez anos. A amostra deste estudo será apresentada no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Apresentação dos artigos que constituem o estudo. Brasil, 2002-2011.

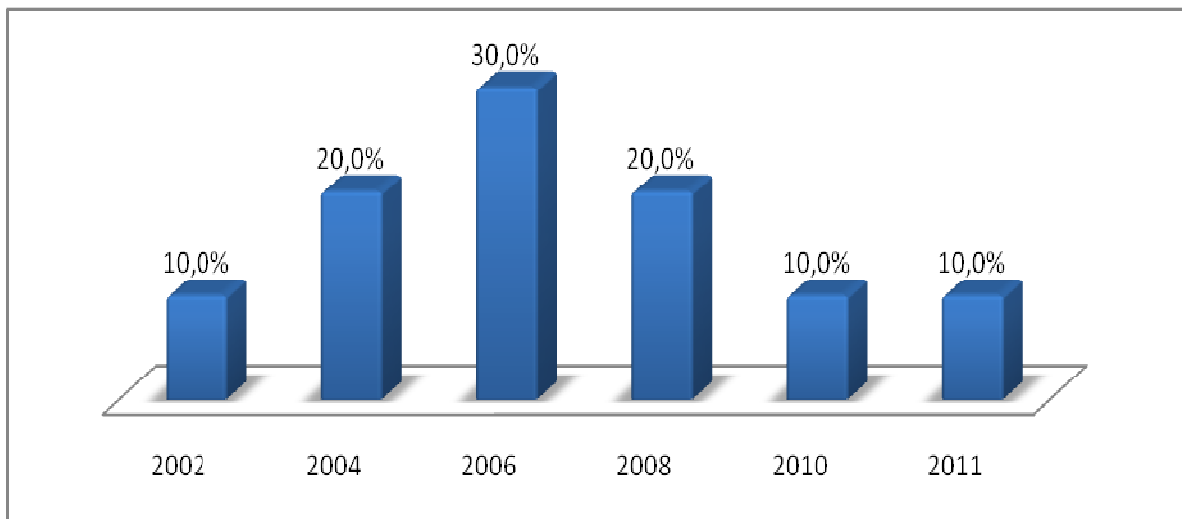
TÍTULO	AUTORES
O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica.	HOTIMSKY et al. (2002)
Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica.	FIGUEIRÊDO et al. (2004)
Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde.	PEREIRA (2004)
Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência.	DIAS; DESLANDES (2006)
Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento.	GRIBOSKI; GUILHEM (2006)
Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá – MT.	TEIXEIRA; PEREIRA (2006)
Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto.	WOLFF; WALDOW (2008)
Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil.	NAGAHAMA; SANTIAGO (2008)
Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado.	BASSO; MONTICELLI (2010)
Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias.	AGUIAR; D'OLIVEIRA (2011)

Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

4.1 Caracterização da Amostra

A fim de identificar e discutir as características dos estudos analisados, os dados serão apresentados utilizando-se gráficos, quadros e tabelas.

Gráfico 1 – Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação. Brasil, 2002–2011.



Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

O Gráfico 1 indica que houve aumento nas publicações sobre o tema no período de 2002 a 2006. Fato que culmina com o período de discussões sobre a política de humanização do parto.

Importante relatar que, entre os artigos que apareceram na íntegra e escritos nos idiomas português e espanhol, apenas três foram excluídos da pesquisa por não terem sido publicados no período de 2002 a 2011. Assim, percebe-se a maior incidência das publicações nos últimos dez anos. Esse fato pode estar relacionado à consolidação dos movimentos de humanização no Brasil, após a “Conferência Internacional sobre Nascimento e Parto”, conforme descrito a seguir (TORNQUIST, 2004).

Acredita-se que dez artigos produzidos sobre violência institucional durante a parturição foi um número reduzido de publicações para um período de dez anos. Desse modo, é possível perceber que ainda há muito que se pesquisar nessa área. Questionou-se durante a elaboração da RI sobre a justificativa desse pequeno

número de artigos publicados. Será que a violência institucional não está sendo identificada pelos profissionais como uma situação recorrente nos serviços de saúde? E se ela é identificada, por que não está sendo pesquisada?

Segundo Diniz (2005), há aproximadamente 25 anos, iniciou-se uma mobilização internacional a favor do uso de tecnologias apropriadas, desincorporação de recursos prejudiciais e melhoria da qualidade da interação entre cuidadores e parturientes. No Brasil, esse movimento foi denominado “Humanização do Parto”. Apesar das preocupações com a maneira como o parto era assistido e vivenciado terem iniciado nos anos 30 com algumas correntes da obstetrícia, o início do parto humanizado ocorreu nos anos 80 (TORNQUIST, 2004). Esse período foi marcado por debates relacionados à “epidemia de cesáreas”, assim como à mortalidade materno-infantil. Concomitantemente, aos questionamentos acerca da medicalização do parto, aumentavam as exigências dos movimentos da área quanto aos direitos sexuais e reprodutivos (TORNQUIST, 2004).

No ano de 1993, um grupo de profissionais envolvidos com assuntos acerca da saúde da mulher, gestação e nascimento, fundou a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). O movimento era composto por 31% de profissionais médicos e 35% de profissionais enfermeiras (TORNQUIST, 2004). O documento de fundação da Rede – Carta de Campinas – denunciou a violência que permeava a assistência ao parto, que se utilizava de rotinas impositivas e da interferência obstétrica desnecessária, impossibilitando a ocorrência fisiológica do parto e tornando esse um momento de terror, alienação e impotência. Por tudo isso, esses profissionais afirmaram não considerarem surpreendente o fato das mulheres acreditarem que a cesariana era a melhor forma de seus filhos nascerem (REHUNA, 1993¹ citado por AMIGAS DO PARTO, 2011).

Tornquist (2004) refere-se à transição da característica dos movimentos feministas, que deixaram de ser articulados por meio de cartas e passaram a ocorrer em páginas eletrônicas, em grupos como “Amigas do Parto”. Apenas no final do ano 2000, com a “Conferência Internacional sobre Nascimento e Parto”, ocorrida em Fortaleza, que o movimento pela humanização teve repercussão internacional e que a idéia consolidou-se no Brasil. Nesse congresso, ainda, foi criada a Rede Latino-

¹ REHUNA. Carta de Campinas. Campinas, 1993. (mimeo) apud AMIGAS DO PARTO. **Carta de Campinas**: ato de fundação da Rede pela Humanização do Parto. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html#uds-search-results>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

Americana e Caribenha para a Humanização do Parto e do Nascimento (TORNQUIST, 2004).

No ano de 2000, também surgiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), o qual considerou ser necessário que toda gestante recebesse uma atenção digna e de qualidade no pré-natal, parto e puerpério. Esse programa foi criado a fim de reduzir os índices de morbi-mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2000b).

Segundo Tornquist (2004), o atendimento ao parto no Brasil está distante do que preconiza a Organização Mundial da Saúde em relação à saúde reprodutiva, sexualidade e direitos humanos. Conforme a OMS (1996), o uso de enema, tricotomia, infusão intravenosa de rotina, cateterização venosa profilática, obrigação da posição supina, administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, sem controle de seus efeitos e a manobra de Valsalva são consideradas “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”. Além disso, a OMS (1996) classifica exames de toque vaginal repetitivos, parto operatório, uso rotineiro da episiotomia, analgesia, cateterização da bexiga, utilização da ocitocina, restrição hídrica e alimentar como “práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado”.

Tabela 2 – Distribuição dos artigos segundo o periódico. Brasil, 2002 – 2011.

Periódico	F	(%)
Cad. Saúde Pública	3	30,0
Texto Contexto Enferm	2	20,0
Rev Latino-Am Enfermagem	2	20,0
Interface – Comunic., Saúde, Educ.	1	10,0
Saúde Soc.	1	10,0
Rev Bras Enferm	1	10,0
TOTAL	10	100,0

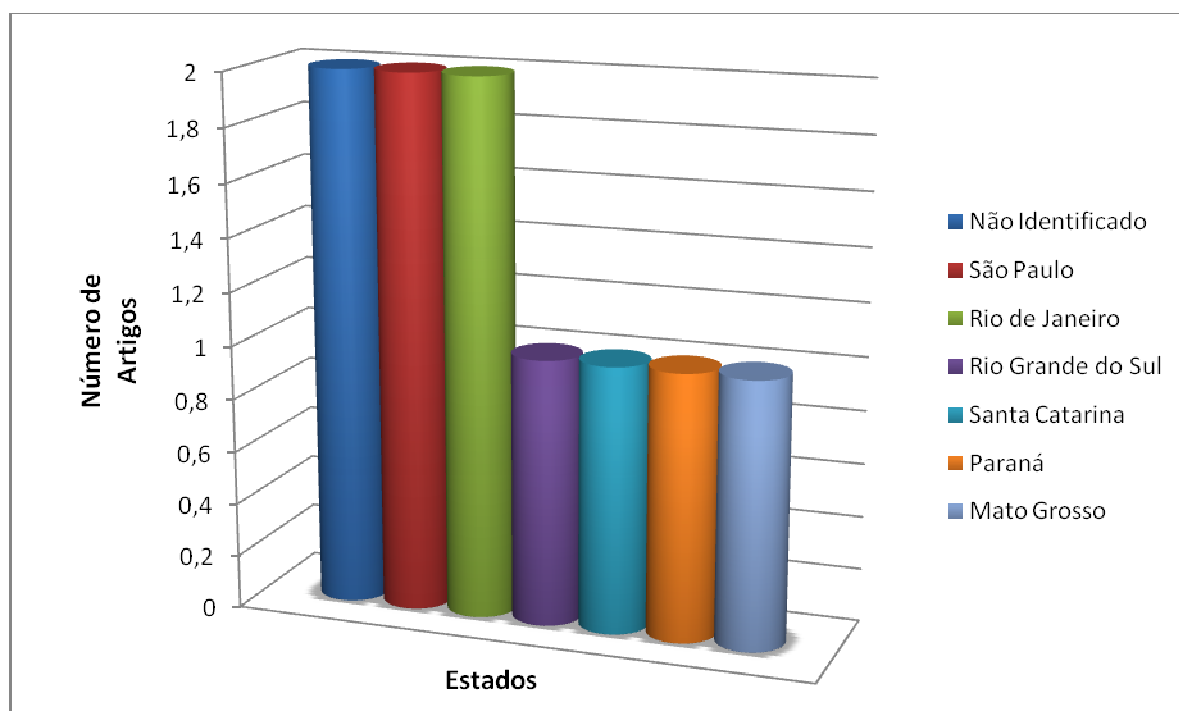
Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

Legenda: F – Frequência (%) Porcentagem

A Tabela 2 mostra que 50,0% dos artigos analisados foram publicados em periódicos de Enfermagem. Esse dado evidencia a preocupação da área com o tema abordado, indicando que os profissionais da enfermagem, que permanecem

por mais tempo junto à parturiente, são também os grandes responsáveis pela assistência prestada. Acredita-se que esse resultado também esteja relacionado à formação dos profissionais enfermeiros, que inclui o Ser Humano na sua integralidade.

Gráfico 2 – Distribuição dos artigos segundo o estado de ocorrência da pesquisa. Brasil, 2002– 2011.



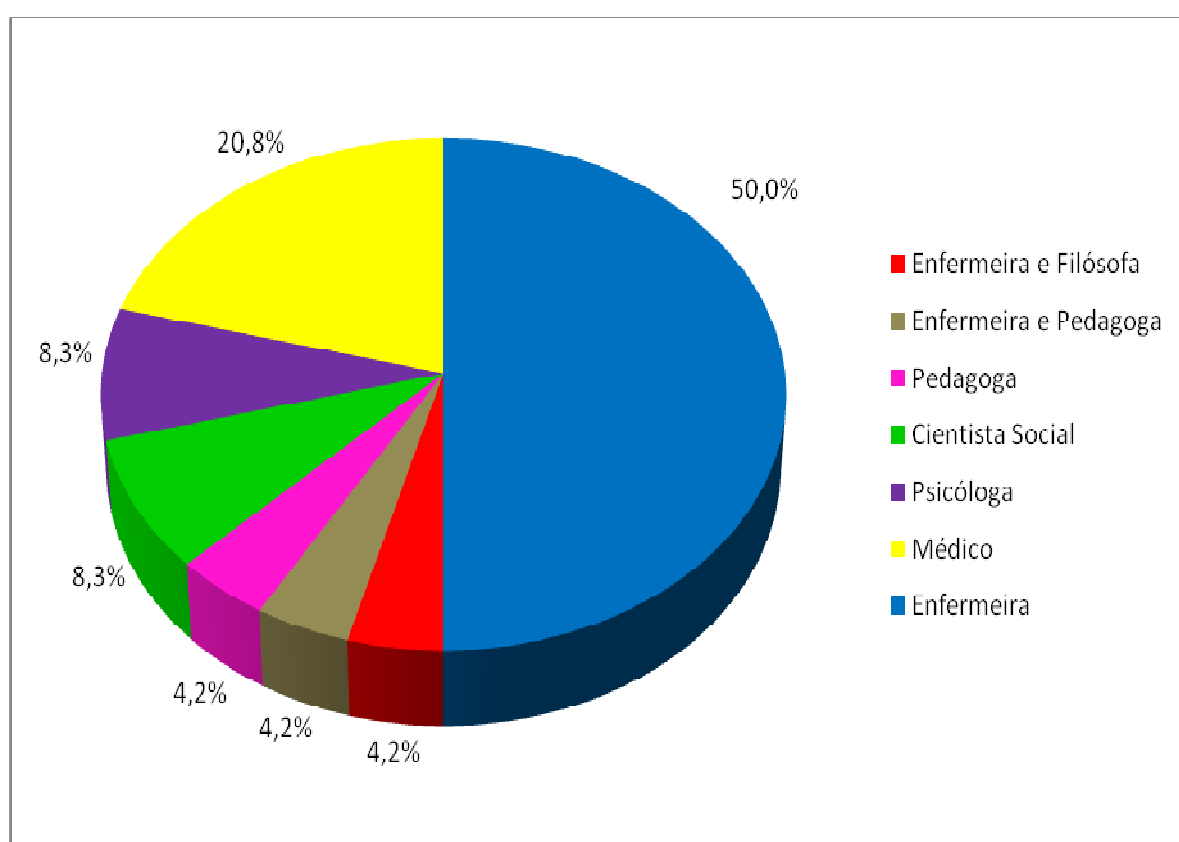
Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

É possível observar, no Gráfico 2, que a maioria, 40,0%, dos artigos em que a região é identificada provém da região Sudeste. Já as regiões Norte e Nordeste não originaram nenhum estudo com os critérios pesquisados. Questiona-se o porquê destas duas regiões não terem publicações na área. Será que não há interesse dos pesquisadores no assunto? Será que não ocorre violência institucional durante a parturição? Será que se trata de uma violência tão incorporada ao processo assistencial que não é identificada? Será que as práticas assistenciais não estão coerentes com as políticas de humanização instituídas? Ou será que a pesquisa não é inserida nas práticas dessas regiões?

Além disso, percebe-se, no Gráfico 2, que em dois dos artigos a região de realização do estudo não é citada. Acredita-se que a localização, no mínimo, do estado em que foi realizado o estudo é importante para uma posterior análise e compreensão de seus resultados.

Nos estudos analisados, buscou-se identificar a classe profissional dos autores (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição dos autores dos artigos (n=24) segundo a categoria profissional. Brasil, 2002 – 2011.

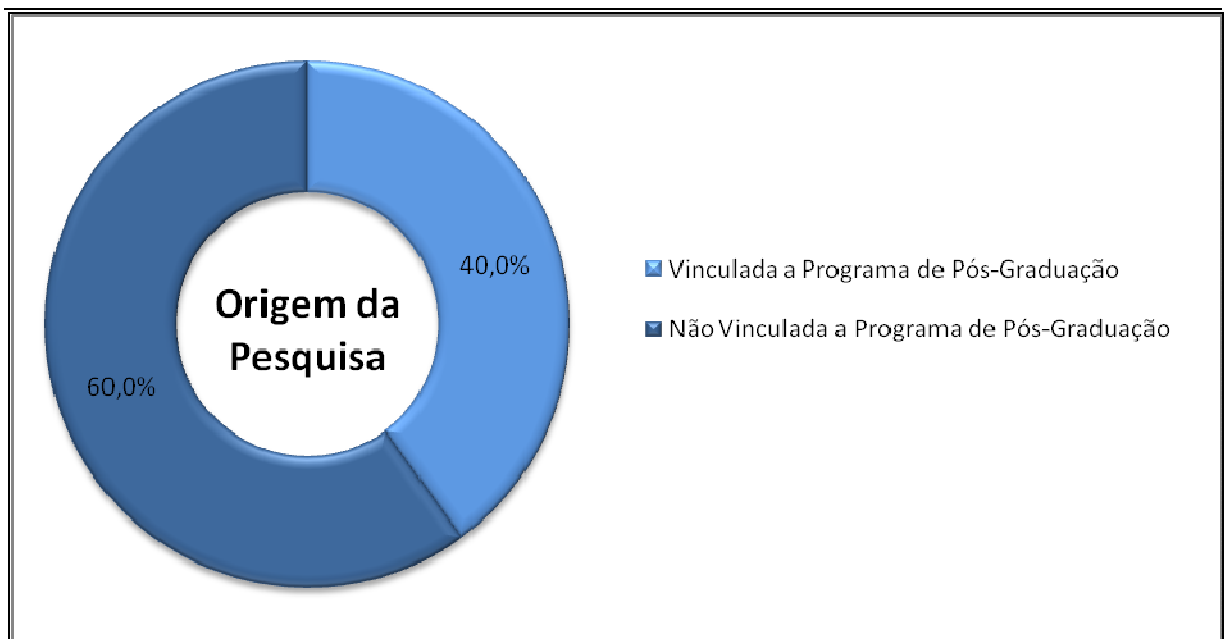


Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

O Gráfico 3 identifica as profissões de cada um dos autores dos artigos que compõem a amostra e revela que a maioria deles, 58,4%, são enfermeiras. Apesar do percentual de autores médicos ser menor, 20,8%, ainda assim é considerada uma parcela elevada. Esse dado provoca satisfação, porquanto demonstra que há médicos também preocupados com questões relacionadas à qualidade assistencial. Além disso, nota-se que outros profissionais (psicólogos, pedagogos, cientistas sociais) também estão interessados no tema.

Esta Revisão Integrativa constatou que 50,0% dos artigos da amostra foram escritos a partir de recortes de estudos como teses, dissertações e projetos (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; BASSO; MONTICELLI, 2010; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; HOTIMSKY et al., 2002; WOLFF; WALDOW, 2008).

Gráfico 4 – Distribuição dos artigos quanto vinculação a Programa de Pós-Graduação. Brasil, 2002 – 2011.



Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

Identificou-se, no Gráfico 4, que 40,0% dos estudos estavam vinculados a Programas de Pós-graduação, evidenciando a preocupação da área acadêmica com o tema.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos segundo o tipo de estudo. Brasil, 2002 – 2011.

TIPO DE ESTUDO	ARTIGOS
QUALITATIVO	AGUIAR; D'OLIVEIRA (2011); BASSO; MONTICELLI (2010); DIAS; DESLANDES (2006); FIGUEIRÊDO et al. (2004); GRIBOSKI; GUILHEM (2006); HOTIMSKY et al. (2002); PEREIRA (2004); TEIXEIRA; PEREIRA (2006); WOLFF; WALDOW (2008)
QUANTITATIVO	NAGAHAMA; SANTIAGO (2008)

Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

Os resultados apresentados no Quadro 2 indicam que há uma grande tendência dos estudos, relacionados à violência institucional durante a parturição, serem do tipo qualitativo. É possível perceber que 90,0% dos artigos apresentam essa metodologia. Como esse é um tema que envolve questões de subjetividade, entende-se que os estudos se utilizem dessa abordagem.

Quadro 3 – Distribuição dos artigos segundo a presença da violência institucional como objetivo. Brasil, 2002 – 2011.

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL COMO OBJETIVO DO ESTUDO	ARTIGOS
SIM	AGUIAR; D'OLIVEIRA (2011); PEREIRA (2004)
NÃO	BASSO; MONTICELLI (2010); DIAS; DESLANDES (2006); FIGUEIRÊDO et al. (2004); GRIBOSKI; GUILHEM (2006); HOTIMSKY et al. (2002); NAGAHAMA; SANTIAGO (2008); TEIXEIRA; PEREIRA (2006); WOLFF; WALDOW (2008)

Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

No Quadro 3, os artigos do estudo foram classificados de acordo com o objetivo. Nota-se que apenas dois dos artigos apresentavam como objetivo a investigação da violência. Nos demais artigos, a violência institucional não fazia parte de seus objetivos, entretanto sua descrição surgiu nos resultados dos estudos.

Assim, observa-se que, embora a humanização da assistência ao parto seja um tema atual, poucos estudos abordam a violência institucional no processo de parturição. A maioria deles revela situações de violência, contudo não analisa com a gravidade que realmente representam essas questões.

4.2 Caracterização da Violência Institucional durante a Parturição

A seguir, apresentam-se os resultados que responderam aos temas abordados nesta Revisão Integrativa.

Tabela 3 – Distribuição dos artigos segundo as descrições das situações de violência institucional. Brasil, 2002 – 2011.

DESCRIÇÃO DA VIOLÊNCIA	F	(%)	DESCRIÇÃO DA VIOLÊNCIA	F	(%)
Ausência de informação	10	100,0	Informação confusa	2	20,0
Tratamento grosseiro e desrespeitoso	9	90,0	Frequência da manipulação do corpo	2	20,0
Objetificação	7	70,0	Intimidação	1	10,0
Promoção de desconforto durante procedimentos	7	70,0	Erro médico	1	10,0
Exposição desnecessária da intimidade	4	40,0	Discriminação social e racial	1	10,0
Abandono	4	40,0	Desrespeito à fisiologia	1	10,0
Fala moralista/pejorativa (Jargões)	4	40,0	Indiferença	1	10,0
Banalização do sofrimento (falta de manejo da dor)	4	40,0	Agressão física	1	10,0
Ameaça/ Repreensão	3	30,0	Demora no atendimento	1	10,0
Humilhação	2	20,0	Proibição do acompanhante	1	10,0
Dificuldade de comunicação	2	20,0	Peregrinação	1	10,0
Informação negada	2	20,0	Contenção física	1	10,0
Informação fragmentada	2	20,0			

Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

Legenda: F – Frequência (%) Porcentagem

Nota-se que a ausência de informações foi identificada por todos os artigos (Tabela 3), demonstrando a gravidade deste problema. Pereira (2004) define a ausência de informação como aquela que não é fornecida ao cliente, porquanto se pressupõe que ele não vai entender. Para a mesma autora, informação negada é caracterizada como a recusa em fornecer um dado solicitado. A informação fragmentada é considerada aquela prestada por somente um profissional com uma linguagem inacessível. Já a informação confusa é a prestada por cada profissional de uma forma diferente (PEREIRA, 2004).

Acredita-se que é responsabilidade da equipe de saúde fornecer subsídios para embasar as decisões do usuário. Portanto, oferecer informações claras a cerca da assistência prestada é uma condição imprescindível para manter a liberdade e dignidade do cliente (KOERICH; ERDMANN, 2008).

De acordo com a OMS (1996), a maioria das mulheres sente dor durante o trabalho de parto, embora apresentem respostas diferentes a essa dor. Desse modo, é função do profissional da saúde auxiliar a parturiente a tolerar a dor. A Organização Mundial da Saúde informa que mais importante que a utilização dos métodos farmacológicos e não-farmacológicos, são o apoio e a empatia do profissional com a parturiente e sua família, assim como o fornecimento de informações antes e durante o trabalho de parto (OMS, 1996).

Quanto às questões de cuidado, em 90,0% da amostra, tratamentos grosseiros e desrespeitosos foram descritos como fazendo parte da prática de alguns profissionais (Tabela 3). Além disso, em 70,0% dos estudos, os autores abordaram o tema da objetificação da mulher pela equipe de saúde. Esse termo caracteriza-se pelo distanciamento imposto pelos profissionais que, ao tratar a parturiente como objeto, tornam-se desumanos (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; FIGUEIRÊDO et al., 2004; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; HOTIMSKY et al., 2002; PEREIRA, 2004; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008). Essa objetificação está intimamente associada a outros exemplos de violência institucional perpetrados durante a parturição, como ausência de informação, promoção de desconforto durante os procedimentos, exposição da intimidade, banalização do sofrimento e frequência da manipulação do corpo. Segundo Wolff e Waldow (2008), o profissional que percebe o paciente como um objeto, não se preocupa em humanizar seu atendimento.

O aspecto da promoção de desconforto no momento dos procedimentos foi revelado por 70,0% dos artigos, caracterizando-se, principalmente, pela realização de exames de toque vaginal dolorosos e descuidados. Além disso, 20,0% dos estudos mencionaram como violência a frequência da manipulação do corpo. Segundo as recomendações da OMS (1996), a frequência dos exames de toque vaginal deve ser limitada ao estritamente indispensável: quando realmente houver indicação desta necessidade, seja por diminuição da intensidade e frequência das contrações, seja por puxo involuntário, seja por administração de analgesia.

A internação hospitalar é sentida por muitos pacientes como um confinamento, sendo o hospital considerado um ambiente de abandono e solidão. Praticamente, não há liberdade, e a identidade dos pacientes é extinta pela padronização inclusive do vestuário (GOMES; NATIONS; LUZ, 2008). Assim, 40,0% dos estudos da amostra também identificaram o abandono como questão de violência (DIAS; DESLANDES, 2006; FIGUEIRÊDO et al., 2004; HOTIMSKY et al., 2002; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006). Principalmente, enquanto as mulheres encontram-se nas salas de pré-parto e pós-parto, evidenciando que o foco do atendimento parece não ser a mulher, mas sim seu útero.

Além disso, em 40,0% dos artigos, os autores classificaram como violência o uso de falas moralistas e pejorativas – os populares jargões –, frases do tipo: “Na hora de fazer não gritou”, “Não chora que ano que vem você estará aqui de novo”, “Se gritar não irei te atender”, entre outras. No entanto, essas falas são, muitas vezes, percebidas como “brincadeiras”, favorecendo a invisibilidade e a negação desses episódios como expressão de violência (PIZZINI, 1991). Essas frases são reproduzidas com base em estereótipos sociais e foram tão banalizadas que em alguns casos são proferidas pelas próprias mulheres (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Outros exemplos, ainda, foram citados pelos autores dos artigos, porém com menor frequência: ameaças e repreensões, dificuldade de comunicação, informações fragmentadas e confusas, intimidação, erro médico, discriminação social ou racial, desrespeito à fisiologia do parto, indiferença, agressão física, demora no atendimento, proibição da presença do acompanhante, peregrinação e contenção física. É importante constatar que todas essas situações de violência estão associadas intimamente e causam muitos danos a parturiente em seu momento de maior sensibilização.

Koerich e Erdmann (2008) discutem o “princípio da não-maleficência”, no qual o profissional de saúde compromete-se a não fazer mal ou causar danos a seus pacientes. Para as autoras, esse princípio é compreendido como não provocar dor ou sofrimento, não incapacitar, ofender ou privar o outro de suas necessidades básicas à vida.

Na Tabela 4, os artigos foram apresentados conforme os tipos de violência descritos. Em razão de padronizar a classificação da violência para fins de análise, utilizou-se a subdivisão de D’Oliveira, Diniz e Schraiber (2002): negligência, violência verbal, violência física e violência sexual.

Tabela 4 – Distribuição dos artigos segundo o tipo de violência. Brasil, 2002 – 2011.

TIPOS DE VIOLÊNCIA	F	(%)
Negligência	10	100,0
Física	8	80,0
Verbal	8	80,0
Sexual	0	0,0

Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

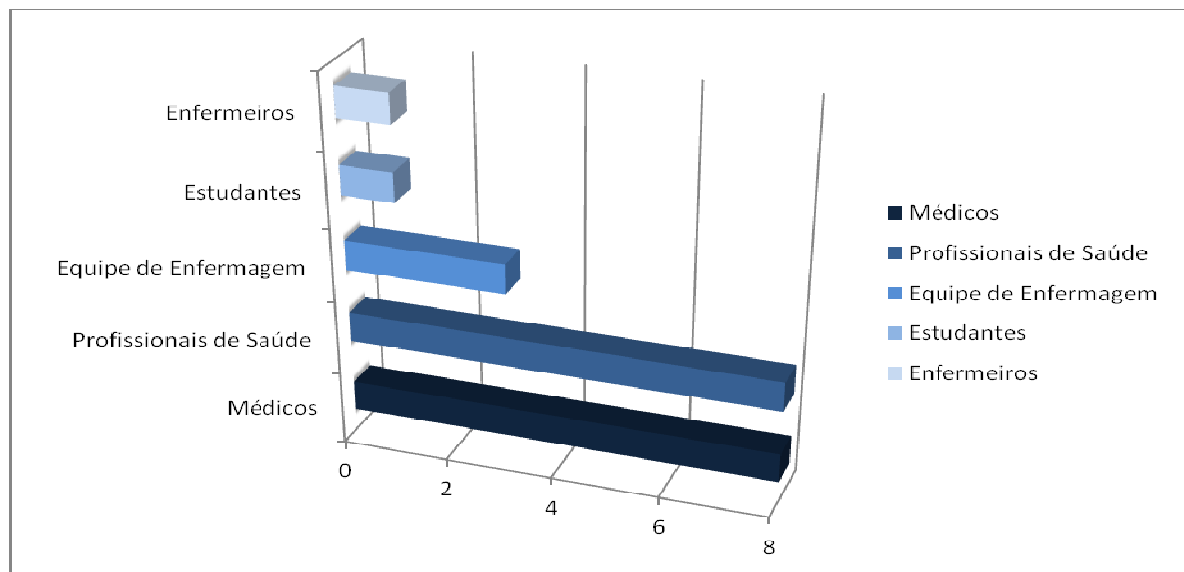
Legenda: F – Frequência; (%) – Porcentagem.

Nota: Alguns artigos abordaram mais de um tipo de violência.

Observou-se que, na Tabela 4, a totalidade dos artigos da amostra (100,0%) revelou situações de negligência. Já a violência física foi identificada em 80,0% dos artigos, assim como a violência verbal.

Nota-se, ainda, que nenhum caso de violência sexual foi descrito. Embora esse dado seja um indício de ausência deste tipo de violência, não se pode afirmar que ela não permeie a atenção à parturiente em serviços hospitalares.

Gráfico 5 – Distribuição dos artigos segundo os profissionais que praticam a violência institucional. Brasil, 2002 – 2011.



Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

No Gráfico 5, observam-se os profissionais descritos em situações de violência nos artigos analisados. Cabe salientar que alguns estudos não tinham como foco a caracterização dos profissionais que praticavam esta violência (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; BASSO; MONTICELLI, 2010; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008), contudo foram identificados em falas ou descrições. Percebeu-se ainda, em oito artigos, uma generalização por parte dos autores que, referiram os profissionais de saúde, como responsáveis por essa violência, sem identificar sua categoria (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; BASSO; MONTICELLI, 2010; DIAS; DESLANDES, 2006; FIGUEIRÊDO et al., 2004; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; HOTIMSKY et al., 2002; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

Também em oito estudos, identificou-se o médico como um dos agentes de violência (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; DIAS; DESLANDES, 2006; FIGUEIRÊDO et al., 2004; GRIBOSKI; GUILHEM, 2006; HOTIMSKY et al., 2002; PEREIRA, 2004; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008). Acredita-se que esses dados estejam relacionados às situações, consideradas pelos artigos, como violência e percebidas, culturalmente, como de competência médica, por exemplo, o fornecimento de informações e a realização de exames de toque vaginal.

Além disso, acredita-se que a categoria profissional dos autores de cada artigo não interferiu nos resultados obtidos (Gráfico 5) quanto aos profissionais que praticam violência, porquanto mesmo artigos de autores médicos (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; DIAS; DESLANDES, 2006; HOTIMSKY et al., 2002; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008) identificaram esses profissionais como promotores da violência. No entanto, questiona-se quanto a esse resultado, visto que foram poucos estudos analisados e a maioria de abordagem qualitativa: será que o profissional médico realmente é quem mais pratica a violência institucional durante a parturição?

Infere-se que a maioria dos usuários dos serviços de saúde desconhece as categorias de enfermagem, ou seja, quem é a enfermeira e quem é o auxiliar e o técnico de enfermagem. Por isso, nos resultados quanto à violência cometida pela equipe de enfermagem e por enfermeiros não se identifica quais as categorias da enfermagem que a praticam. Os profissionais de enfermagem são quem acompanham as mulheres na maior parte do tempo do processo de parturição. No entanto, eles foram associados como praticantes da violência institucional em quatro dos estudos (FIGUEIRÊDO et al., 2004; HOTIMSKY et al., 2002; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006; WOLFF; WALDOW, 2008). Será que os profissionais da enfermagem não praticam a violência institucional durante a parturição tanto ou mais que os médicos? O artigo de Wolff e Waldow (2008) ainda mencionou os estudantes em situação de prática de violência institucional, relacionados a questões de exposição da intimidade e aumento da frequência de procedimentos em parturientes.

É intrigante perceber que não houve menção a outros profissionais que atuam nas instituições, como secretárias, ascensoristas, seguranças, nem mesmo a outros da área da saúde, como psicologia, nutrição, entre outras. Acredita-se que três sejam os fatores relacionados: o primeiro, é que, para a maioria dos indivíduos, os profissionais de saúde resumem-se a médicos e enfermeiros (qualquer categoria da equipe de enfermagem), o segundo, é que estes permanecem por mais tempo junto da parturiente e que realizam procedimentos invasivos no corpo da mulher, e o terceiro é que os profissionais médicos e de enfermagem podem realmente ser os agressores.

A seguir, na Tabela 5, identificam-se os momentos, durante o processo de parturição, em que se propaga a violência institucional.

Tabela 5 – Distribuição dos artigos segundo os momentos de ocorrência da violência institucional. Brasil, 2002 – 2011.

MOMENTOS DE VIOLÊNCIA	F	(%)
Pré-parto	7	70,0
Parto	3	30,0
Admissão	2	20,0
Pós-parto	1	10,0
Não Identificado	3	30,0

Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

Legenda: F – Frequência; (%) – Porcentagem.

Nota: Alguns artigos abordaram mais de um momento de ocorrência da violência.

É importante relatar que apenas dois artigos tinham como um dos focos de análise o momento de ocorrência da violência institucional (FIGUEIRÊDO et al., 2004; HOTIMSKY et al., 2002). No entanto, embora não existisse esse interesse em oito dos artigos, alguns momentos foram identificados em suas falas. Em 70,0% dos estudos o Pré-parto foi citado como momento de ocorrência da violência institucional, seguido do momento do Parto (30,0%). Esses resultados estão relacionados com as descrições de violência institucional abordadas pelos artigos e analisadas anteriormente (Tabela 3). A exposição desnecessária da intimidade, a frequência da manipulação do corpo e a promoção de desconforto durante a realização de procedimentos como tricotomia, enema e exames de toque vaginal, geralmente, ocorrem durante o pré-parto, assim como o desrespeito à fisiologia, a banalização da dor e a promoção do desconforto em procedimentos como a manobra de Kristeller ocorrem, comumente, no momento do parto. As situações de violência institucional descritas no momento da admissão no centro obstétrico (20,0%) estavam relacionadas à demora no atendimento, à humilhação e ao tratamento grosseiro, e as ocorridas no pós-parto (10,0%) estavam vinculadas ao abandono.

Quadro 4 – Distribuição dos artigos segundo as conclusões. Brasil, 2002 – 2011.

CONCLUSÕES	ARTIGOS
A prática médica cria dependência, gerando dominação.	NAGAHAMA; SANTIAGO (2008); PEREIRA (2004); TEIXEIRA; PEREIRA (2006)
A violência está invisível, devido à cultura.	AGUIAR; D'OLIVEIRA(2011); PEREIRA (2004)
Há necessidade de considerar as vontades das mulheres.	AGUIAR; D'OLIVEIRA(2011); FIGUEIRÊDO et al. (2004); HOTIMSKY et al. (2002); PEREIRA (2004)
As mulheres conformam-se com o cuidado e utilizam o silêncio como proteção para o atendimento.	AGUIAR; D'OLIVEIRA(2011); DIAS; DESLANDES (2006); HOTIMSKY et al. (2002); NAGAHAMA; SANTIAGO (2008); WOLFF; WALDOW (2008)
Algumas mulheres preferem cesariana para minimizar questões de atendimento.	DIAS; DESLANDES (2006); HOTIMSKY et al. (2002)
Há falta de comunicação na assistência.	BASSO; MONTICELLI (2010); GRIBOSKI; GUILHEM (2006)
Aponta como solução a modificação na formação dos profissionais.	GRIBOSKI; GUILHEM (2006); HOTIMSKY et al. (2002); NAGAHAMA; SANTIAGO (2008)
Aponta como solução o implemento de ações de empoderamento da mulher no pré-natal.	DIAS; DESLANDES (2006); GRIBOSKI; GUILHEM (2006); NAGAHAMA; SANTIAGO (2008)
Aponta como solução modificações nas políticas de saúde.	DIAS; DESLANDES (2006); TEIXEIRA; PEREIRA (2006)

Fonte: Dados primários obtidos por meio da pesquisa.

A partir do Quadro 4, constata-se que as conclusões dos autores analisados se relacionam e, por vezes, até se repetem. Esse quadro é um panorama sobre causas, consequências e soluções para a violência.

Dias e Deslandes (2006), assim como Hotimsky et al. (2002) observaram que a violência institucional é um fator de decisão para o tipo de parto de algumas mulheres (Quadro 4). A Carta de Campinas já previa a violência no parto como justificativa para a preferência de mulheres por cesariana (REHUNA, 1993² citado por AMIGAS DO PARTO, 2011), bem como o documento do Ministério da Saúde,

² REHUNA. Carta de Campinas. Campinas, 1993. (mimeo) apud AMIGAS DO PARTO. **Carta de Campinas**: ato de fundação da Rede pela Humanização do Parto. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html#uds-search-results>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

que afirmou que estudos revelam que grande parte das mulheres que escolhe a cesariana é influenciada pela violência institucional (BRASIL, 2001).

Os autores dos artigos afirmaram que a ausência de informação é uma violência que permeia a assistência à parturiente (Tabela 4). Para Koerich e Erdmann (2008) os profissionais de saúde tendem a assumir posturas paternalistas com seus pacientes, acreditando que o saber científico dá autonomia para decidir pelo melhor. Assim, a equipe de saúde mantém sua legitimidade utilizando-se da dependência (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; PEREIRA, 2004; TEIXEIRA; PEREIRA, 2006), visto que a falta de informação gera conformação das mulheres com o único cuidado que conhecem (AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011; DIAS; DESLANDES, 2006; HOTIMSKY et al., 2002; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; WOLFF; WALDOW, 2008). Para o Ministério da Saúde, essa perda da autonomia feminina está intimamente vinculada à medicação de seu corpo nas últimas décadas (BRASIL, 2001).

Assim, observam-se três caminhos possíveis para a ruptura do ciclo de violência institucional na parturição: apropriação das mulheres com o conhecimento sobre seu corpo e com as possibilidades de atenção como opção desde o pré-natal, incorporação de mudanças na formação acadêmica que transformem a reprodução de rotinas em atenção integral baseada em evidências científicas, bem como o fortalecimento das políticas de saúde a favor dos direitos da mulher (Quadro 4). Sabe-se que uma atenção humanizada e qualificada à saúde da parturiente é um direito de cidadania (BRASIL, 2001).

No entanto, sente-se falta de considerações a respeito da mobilização dos profissionais no sentido de enfrentar essa realidade que permeia a assistência ao parto. Nota-se que a violência é uma realidade presente, que se perpetuou nos serviços de saúde, como uma “companhia” indesejada pelas parturientes e ignorada pelos profissionais.

Percebeu-se, ainda, que maioria das pesquisas analisadas foi realizada em Serviços Públicos de Saúde ou na rede conveniada ao Sistema Único de Saúde. Assim, pode-se questionar se a violência institucional durante a parturição não ocorre em Serviços Particulares. Qual seria a diferença entre prestar atendimento a uma parturiente do SUS ou do convênio?

Nesta Revisão Integrativa, não se pode deixar de referir que existe uma série de fatores, internos e externos, que contribuem para a disseminação da violência

institucional. Assim, compreende-se que os profissionais não sejam os únicos responsáveis por esse problema. Trata-se de uma questão vinculada à desestruturação institucional e, até mesmo, governamental. O que justificaria de certa forma a maior disseminação da violência institucional em Serviços Públicos do que Privados. Além disso, sabe-se que as taxas de cesariana são mais elevadas em pacientes particulares, fator que, segundo referido neste estudo, minimiza os problemas no atendimento.

Griboski e Guilhem (2006) sugerem que a mudança deve estar associada a avanços, tanto nos recursos humanos, quanto físicos. A partir de uma adequada estrutura de trabalho, uma remuneração justa, assim como uma capacitação apropriada, é possível obter a melhoria da assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou a construção de um panorama brasileiro sobre a violência institucional durante a parturição. Identificou-se tratar de um problema de saúde pública do qual os profissionais de saúde não são os únicos responsáveis.

Identificaram-se apenas artigos publicados no Brasil e com período de publicação que coincidem com o consistente movimento de humanização do parto presente no país nos últimos dez anos. Ainda, observou-se que 50,0% dos artigos haviam sido publicados em revistas de enfermagem, sendo que os autores, em sua maioria, eram enfermeiras. Esses dados demonstram que a área da enfermagem preocupa-se com questões vinculadas à melhoria da assistência prestada, assim como identifica a violência sendo um problema no atendimento.

Através da caracterização dessa violência, constatou-se que ela se manifesta nos variados momentos do processo de parturição, principalmente, no pré-parto. O profissional médico é descrito, por muitos autores, em situações de violência, contudo há uma tendência de generalização da violência institucional como prática dos profissionais de saúde. Identificou-se a negligência como tipo de violência mais frequente nos estudos, sendo que a violência sexual não foi descrita em nenhum deles. Além disso, as descrições de violência institucional que permearam a quase totalidade dos estudos foram a ausência de informação, o tratamento grosseiro, a objetificação e a promoção de desconforto durante os procedimentos.

Esses resultados corroboram a importância do aprofundamento do tema e de mais estudos na área, visto que, em dez anos, foram produzidos apenas dois estudos que tiveram como objetivo a análise da violência institucional durante a parturição. Entende-se que a identificação dessa violência seja essencial para modificação do cenário atual, observando-se três caminhos para ruptura desse ciclo: apropriação das mulheres com o conhecimento sobre seu corpo e com as possibilidades de atenção como opção desde o pré-natal, incorporação de mudanças na formação acadêmica que transformem a reprodução de rotinas em atenção integral baseada em evidências científicas, bem como o fortalecimento das políticas de saúde a favor dos direitos da mulher.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, [s.l.], v.15, n.36, p.79-91, 2011.

AMIGAS DO PARTO. **Carta de Campinas**: ato de fundação da Rede pela Humanização do Parto. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/05/carta-de-campinas-ato-de-fundacao-da.html#uds-search-results>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

ARMELLINI, C. J.; RIFFEL, M. J. O Parto e o Cuidado de Enfermagem. In OLIVEIRA, D. L. L. (Org.). **Enfermagem na Gravidez, Parto e Puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: UFRGS, 2005. p. 277-312.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ÁVILA, A. A. **Socorro, Doutor! Atrás da barriga tem gente!** São Paulo: Atheneu, 1998. p. 29-36.

BASSO, J. F.; MONTICELLI, M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [s.l.], v.18, n.3, p.97-105, 2010.

BRASIL. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. **Gravidez Saudável e Parto Seguro são Direitos da Mulher**. São Paulo, 2000a. Disponível em:< <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/gravidezsaudavel.pdf>>. Acesso em: 2 nov. 2011.

_____. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000b. Seção 1, p.4-6.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. UNICEF. **Violência Institucional**: quando o estado agride a criança. [São Paulo: 2003?]. Disponível em:< http://www.unicef.org/brazil/pt/Cap_06.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**: Humaniza SUS. Brasília, 2004. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2012.

_____. Decreto-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 União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Seção 1, p. 1.

_____. Fundação Perseu Abramo. **Gravidez, Filhos e Violência Institucional no Parto**. São Paulo, 2010. Disponível em:<<http://www.fpabramo.org.br/galeria/gravidez-filhos-e-violencia-institucional-no-parto>>. Acesso em: 20 set. 2011.

COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, v.52, n.2, p. 291-302, 1982.

COSTA, H. M. et al. Assistência ao trabalho de parto. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 310-328.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.2647-2655, 2006.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v.10, n.3, p.627-637, 2005.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v.359, n.11, p.1681-5, 2002.

ESPIRITO SANTO, L. C. E.; SANTOS, F. S.; MORETTO, V. L. Aspectos Emocionais da Gestação, Parto e Puerpério. In: OLIVEIRA, D. L. L. (Org.). **Enfermagem na Gravidez, Parto e Puerpério**: notas de aula. Porto Alegre: UFRGS, 2005. p. 61-78.

FIGUEIRÊDO, N. M. A. et al. Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, [s.l.], v.12, n.6, p.905-912, 2004.

GOMES, A. M. A.; NATIONS, M. K.; LUZ, M. T. Pisada como Pano de Chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.17, n.1, p.61-72, 2008.

GRIBOSKI, R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.1, p.107-114, 2006.

HELMAN, C. G. Gênero e Reprodução. In **Cultura, Saúde e Doença**. Tradução de Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p.137-164.

HOTIMSKY, S. N. et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1303-1311, 2002.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Responsabilidade Ética como Princípio Básico para o Cuidado. In SOUSA, F. G. M.; KOERICH, M. S. (Org.). **Cuidar – Cuidado: Reflexões Contemporâneas**. Florianópolis: Papa – Livro, 2008. p. 59-76.

KRUG, E. G. et al. (Ed). **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/cedoc/hpp/ml03/0329.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2011.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da Gravidez**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1859-1868, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. 53p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, Resolução 217 A (III) de 10 de dezembro de 1948. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://unicrio.org.br/img/DeclU_D_HumanosVersoInternet.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

PEREIRA, W. R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm**, [s.l.], v.13, n.3, p.391-400, 2004.

PIZZINI, F. Communication hierarchies in humour: gender differences in the obstetrical/gynaecological setting. **Disc. Soc.**, [s.l.], v.2, n.4, p.477-488, 1991.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu (SP), v.13, supl.1, p. 595-602, 2009.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.7, n.12, p.41-54, 2003.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá – MT. **Rev Bras Enferm**, [s.l.], v.59, n.6, p.740-744, 2006.

TORNQUIST, C. S. **Parto e o poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. 429p. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê**. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

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.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados

	Número		Idioma		País	
Título do artigo						
Autores						
Procedência Profissional						
Nome do Periódico						
	Ano		Volume		Número	
Objetivo(s)						
Tipo de estudo						
Amostra do estudo						
Local do estudo						
Tipos de violência						
Quem pratica						
Momento em que ocorre						
Descrição da violência						
Conclusões						
Limitações						

APÊNDICE B – Quadro sinóptico

(Continuação)

Título do artigo	Autores/ Profissão	Objetivo	Tipo de estudo	Local do estudo	Tipos de violência	Descrição da Situação de Violência	Conclusões
	Nome do Periódico/ Ano		Amostra do estudo	Estado	Quem pratica		
					Momento		
Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde.	Wilza Rocha Pereira/ Enfermeira Texto Contexto Enfermagem/ 2004	Apreensão das sutis faces de violência, do poder e da dominação simbólicos presentes nas ações e práticas de saúde dos diversos profissionais da área, dirigidas à mulher em situação de gestação, parto e puerpério.	Qualitativo 11 mulheres em situação de gestação, parto e puerpério	Clínica ginecológica e obstétrica de um hospital público da região centro-oeste Não revela o estado	Física, verbal e negligência Médicos Pré-parto e admissão	Não-informação, informação negada, fragmentada e confusa, objetificação, frequência da manipulação do corpo, exposição desnecessária da intimidade da paciente, intimidação, banalização do sofrer, promoção do desconforto durante procedimento, humilhação, tratamentos grosseiros.	Elementos simbólicos contribuem para invisibilidade da violência. As mulheres calam-se e submetem-se ao saber e dominação médico. Solução: Os profissionais devem voltar a considerar o saber empírico e vontades da mulher, pois em torno delas que gira a saúde.
Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias	Janaina Marques de Aguiar/ Psicóloga Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira/ Médica Interface/ 2011	Identificar, nas falas das entrevistadas a complexa interação entre poder e violência, e como esta interação se molda no cenário da violência institucional cometida em maternidades públicas	Qualitativo-recorte de tese 21 puérperas	Na residência das puérperas que tiveram seus filhos em maternidades públicas na zona oeste de São Paulo e indicadas por profissionais de três UBS. São Paulo	Física, verbal e negligência Médicos e profissional de saúde Pré-parto	Banalização do sofrer, erro médico, exposição desnecessária da intimidade, dificuldades de comunicação, promoção de desconforto durante procedimento, discriminação social ou racial, tratamentos grosseiros, fala moralista e desrespeitosa, uso de jargões, objetificação, ausência de informações, ameaça/repreensão.	A banalização do sofrimento remete à banalização da violência institucional, as pacientes já esperam sofrer algum tipo de maltrato. Solução: Necessária a desconstrução da cultura institucional que banaliza e invisibiliza a violência institucional. Importante a qualidade ética das interações, em que intervenções técnicas e de suporte sejam orientadas para o acolhimento, valorizando a mulher.

(Continuação)

Título do artigo	Autores/ Profissão Nome do Periódico/ Ano	Objetivo	Tipo de estudo Amostra do estudo	Local do estudo Estado	Tipos de violência Quem pratica Momento	Descrição da Situação de Violência	Conclusões
Indicadores de cuidados para o corpo que pro-cria: ações de enfermagem no pré-trans e pós-parto – uma contribuição para a prática de enfermagem obstétrica	Nébia Maria Almeida de Figueiredo/ Enfermeira Maria Antonieta Rubio Tyrrell/ Enfermeira Vilma de Carvalho/ Enfermeira e Filósofa Joséte Luzia Leite/ Enfermeira e Pedagoga Rev. Latino-Americana/ 2004	Identificar e discutir as ações nestes momentos em que o corpo da mulher dá origem a outra vida	Qualitativo 28 profissionais de enfermagem (11 docentes, 11 enfermeiras e 3 enfermeiros)	Realizada durante uma Oficina de Criação no 1º Encontro da ABENFO. Rio de Janeiro	Física, verbal e negligência Equipe médica, de enf. e profissional de saúde Pré-parto, parto e pós-parto	Promoção de desconforto durante procedimento, exposição desnecessária da intimidade, desrespeito à fisiologia, abandono, problemas na comunicação, objetificação, tratamento grosseiro, exposição desnecessária da intimidade, ausência de informação, banalização do sofrimento.	Os indicadores encontrados podem contribuir para uma prática que considere as mulheres como um todo. A mulher é tranquilizada e apoiada no pré-parto e desarrumada na sala de parto pela pressa. Após o parto, deprimem-se com o abandono. A prática assistencial provoca angústia nas mulheres.
Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto	Leila Regina Wolff/ Enfermeira Vera Regina Waldow/ Enfermeira Saúde Sociedade/ 2008	Denunciar como se dá a assistência em muitas instituições de saúde	Qualitativo-Recorte de tese 33 mulheres	Centro Obstétrico de um hospital-escola, público e de grande porte. Rio Grande do Sul	Física, verbal e negligência Equipe de enf., Médico, Estudantes Pré-parto e admissão	Indiferença, falta de informação, promoção do desconforto durante procedimento, frequência da manipulação do corpo, exposição desnecessária da intimidade, tratamento grosseiro, objetificação, uso de jargões.	As mulheres se submetem, pois temem pelo atendimento e bem-estar do bebê. Achar que a assistência é um favor e não um direito. Solução: reconhecer educação como imprescindível e buscar a mudança.
O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica	Sonia Nussenzweig Hotimsky/ Cientista Social Daphne/ Médica Rattner Sonia Isoyama Venâncio/ Médica Cláudia Maria Bógus/ Pedagoga Marinês Martins Miranda/ Psicóloga Caderno de Saúde Pública/2002	Identificar as expectativas de gestantes em relação ao tipo de parto	Qualitativo-Recorte de projeto 8 gestantes adolescentes, 6 primigestas e 17 multigestas.	Hospital Maternidade Leonor Mendes Barros (São Paulo), público, hospital de ensino, Amigo da Criança. São Paulo	Física, verbal e negligência Profissional de saúde, o Médico e a enfermeira Pré-parto e parto	Banalização do sofrimento, tratamento grosseiro, humilhações, agressões físicas, abandono, jargões, objetificação e ausência de informação.	As mulheres utilizam o silêncio como forma de proteção à violência, a forma como são atendidas no pré-parto faz com que desejem cesariana. Solução: Redirecionar a formação dos profissionais. Profissionais devem atender às vontades das mulheres.

(Continuação)

Título do artigo	Autores/ Profissão	Objetivo	Tipo de estudo	Local do estudo	Tipos de violência	Descrição da Situação de Violência	Conclusões
	Nome do Periódico /Ano		Amostra do estudo	Estado	Quem pratica		
					Momento		
Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do RJ, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência.	<p>Marcos Augusto Bastos Dias/ Médico Suely Ferreira Deslandes/ Cientista Social</p> <p>Caderno de Saúde Pública /2006</p>	<p>Conhecer as informações que as gestantes possuem sobre a humanização da assistência ao parto, a experiência de atendimento em parto(s) anterior(es) e suas expectativas como usuárias das maternidades públicas do Município do RJ, em relação ao atendimento ao parto, que esperam receber na gravidez atual.</p>	<p>Qualitativo</p> <p>22 grávidas entre 8º e 9º mês de gestação com pelo menos uma experiência de parto vaginal anterior. Usuárias de uma maternidade da rede própria da SMS/RJ.</p>	<p>No mesmo serviço onde eram feitas as consultas pré-natal.</p> <p>Rio de Janeiro</p>	<p>Física, verbal e negligência</p> <p>Profissional de saúde e Médico</p> <p>Pré-parto</p>	<p>Demora no atendimento, abandono, proibição do acompanhante, promoção de desconforto durante procedimento, ausência de informações, peregrinação e atitudes grosseiras.</p>	<p>Não conhecem a proposta de humanização da assistência ao parto, conformam-se com o cuidado. Suas expectativas baseiam-se nas experiências anteriores e informações obtidas. Esperam um conjunto básico de ações. Acreditam que a qualidade do cuidado depende mais de sorte do que da rotina institucional. Algumas mulheres preferem cesárea para minimizar questões de atendimento.</p> <p>Solução: Um relacionamento diferente no pré-natal pode auxiliar na construção de um plano de parto humanizado. Uma política que garanta vagas e o protagonismo da mulher.</p>
Parto Hospitalar- experiências de mulheres da periferia de Cuiabá – MT	<p>Neuma Zamariano Fanaia Teixeira/ Enfermeira Wilza Rocha Pereira/ Enfermeira</p> <p>Revista Brasileira de Enfermagem /2006</p>	<p>Analisar alguns aspectos culturais que atravessam as vivências de mulheres ao se submeterem ao parto normal hospitalar do SUS.</p>	<p>Qualitativo</p> <p>10 mulheres residentes no bairro Jardim União que haviam vivenciado partos normais em hospital do SUS (uma indicou a outra).</p>	<p>Domicílio</p> <p>Mato Grosso</p>	<p>Física, verbal e negligência</p> <p>Médicos, equipe de enf. e equipe de saúde</p> <p>Pré-parto e parto</p>	<p>Tratamento grosseiro, abandono, ausência de informação, promoção de desconforto durante procedimento, objetificação, contenção, jargões.</p>	<p>Profissionais voltados para técnica, aumentando morbidade e mortalidade materna. Reforço ao sistema de dominação das mulheres.</p> <p>Solução: Ainda há muito para investir e implementar nas políticas de humanização. Tem que melhorar a assistência dos profissionais em serviços públicos.</p>

(Conclusão)

Título do artigo	Autores/ Profissão Nome do Periódico /Ano	Objetivo	Tipo de estudo Amostra do estudo	Local do estudo Estado	Tipos de violência Quem pratica Momento	Descrição de Situação de Violência	Conclusões
Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento	Rejane Antonello Griboski/ Enfermeira Dirce Guilhem/ Enfermeira Texto Contexto Enfermagem /2006	Conhecer o impacto da política de humanização ao parto e nascimento para mulheres e profissionais de saúde.	Qualitativo-Recorte de dissertação 29 mulheres em situação de pós-parto e 16 profissionais de saúde (5 enfermeiras, 6 médicos staff e 5 médicos residentes em obstetrícia).	Maternidade Não é revelado o Estado	Física e negligência Profissional de saúde Não descreve	Objetificação, tratamento grosseiro, ausência de informações, repreensão e promoção do desconforto durante procedimento	Falta de comunicação na assistência dispensada pelos profissionais às mulheres. Solução: Os profissionais precisam adequar-se ao novo paradigma de assistência. Necessárias mudanças nos órgãos formadores, melhoria da infraestrutura hospitalar e das condições de trabalho. As ações no pré-natal devem empoderar as mulheres para que conheçam seus direitos e seu corpo.
Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado	Joéli Fernanda Basso/ Enfermeira Marisa Monticelli/ Enfermeira Revista Latino-Americana de Enferm /2010	Identificar expectativa de participação de gestante e acompanhante para o parto humanizado	Qualitativo-Recorte de dissertação 51 participantes do grupo (35 gestantes, 16 acompanhantes)	Grupo de Gestantes e/ou Casais Grávidos do HU/UFSC Santa Catarina	Verbal e negligência Profissional de saúde Não descreve	Ausência de informação, informação fragmentada e confusa, ameaças/repreensão, tratamento grosseiro.	A maioria da amostra deseja processos fisiológicos de parir. Para isso, destacam a necessidade de esforçarem-se em entender a linguagem biomédica. Gestantes e acompanhantes mostram-se críticos e fortalecidos para enfrentar relações assimétricas.
Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao SUS em município da Região Sul do Brasil	Elizabeth Eriko Ishida Nagahama/ Enfermeira Silvia Maria Santiago/ Médica Caderno de Saúde Pública /2008	Caracterizar assistência hospitalar ao parto e identificar obstáculos e aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado, pautando-se na percepção das mulheres sobre a atenção recebida	Quantitativo 532 mulheres	Dois hospitais de referência do SUS no município de Maringá Paraná	Negligência Profissional de saúde e médico Não descreve	Negação e ausência de informações.	Modelo centrado no médico. Atitudes de resignação das mulheres, desconhecimento dos direitos, relação assimétrica entre profissional e parturiente, como obstáculos para humanização. Solução: Mudanças na formação acadêmica. Auxiliar gestante desde o pré-natal.

ANEXO – Carta de aprovação de pesquisa pela COMPEAQ – EEUFRGS

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto N°: 22096

Título: VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO NA AMÉRICA LATINA

Área do Conhecimento: Enfermagem Obstétrica

Início: 15/12/2011

Previsão de conclusão: 14/07/2012

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Caracterizar a violência institucional praticada contra as mulheres durante o processo de parturição na América Latina

Palavras-Chave

Parto

Parto Humanizado

Trabalho De Parto

Violência

Equipe UFRGS

Nome: Claudia Junqueira Armellini

Participação: Coordenador

Início: 15/12/2011

Nome: Camila Borba

Participação: Pesquisador

Início: 15/12/2011

Anexos

[Projeto Completo](#)

Data de Envio: 02/12/2011

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 11/01/2012

O referido projeto contempla todas as etapas necessárias previstas. Aprovado sob o ponto de vista metodológico.
--