

**Violência obstétrica institucional no parto e nascimento: revisão integrativa**  
**Institutional obstetric violence in childbirth and birth: an integrative review**  
**Violencia obstétrica institucional durante el nacimiento y el nacimiento: una revisión integrativa**

Recebido: 22/10/2020 | Revisado: 22/10/2020 | Aceito: 29/10/2020 | Publicado: 31/10/2020

**Henrique de Souza Medeiros Neto**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3201-6085>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

E-mail: [henriquedesouza4002654123@gmail.com](mailto:henriquedesouza4002654123@gmail.com)

**Henrique Gabriel de Lima Lopes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9931-5659>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

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

**Hilme Castro da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2593-9818>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

E-mail: [hilme\\_castro@hotmail.com](mailto:hilme_castro@hotmail.com)

**Greicy Kelly de Lyra Marques**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6869-4163>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

E-mail: [Greicykellylyramarques3@gmail.com](mailto:Greicykellylyramarques3@gmail.com)

**Eurides Souza de Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5793-0802>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

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

**Dhayanna Cardoso Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0868-2638>

Centro Universitário FAMETRO, Brasil

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

## **Resumo**

**Objetivo:** O presente artigo teve como objetivo desenvolver uma análise através de uma revisão integrativa sobre a relação entre a saúde da mulher e a violência obstétrica em no contexto do parto e nascimento no Brasil. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa, cujo método de pesquisa se constitui ferramenta essencial, pois permite a análise através de uma revisão de literatura de forma ampla e sistemática, além de divulgar dados científicos produzidos por outros autores. **Resultados:** Dentro do ambiente hospitalar as gestantes são recepcionadas em um ambiente hostil, onde nos primeiros contatos a violência verbal é praticamente certa. As rotinas dos hospitais provocam o isolamento das parturientes e dos seus familiares e até dos acompanhantes, com procedimentos inadequados como toques vaginais sem os cuidados necessários e repetitivos, a restrição do leite obstétrico. **Conclusão:** constata-se, que as reflexões propostas buscaram elucidar os principais motivos e com a sensibilização de todos envolvidos desde os profissionais da assistência à de entidades de classe para a temática.

**Palavras-chave:** Violência na mulher; Violência obstétrica; Saúde da mulher; Violência hospitalar; Assistência humanizada.

## **Abstract**

**Objective:** This article aims to develop an analysis through an integrative review on the relationship between women's health and obstetric violence in the context of childbirth and birth in Brazil. **Method:** This is an integrative review, whose research method is an essential tool, as it allows analysis through a literature review in a broad and systematic way, in addition to disseminating scientific data produced by other authors. **Results:** Within the hospital environment, pregnant women are received in a hostile environment, where verbal violence is practically certain in their first contacts. Hospital routines cause isolation of parturients and their families and even companions, with inappropriate procedures such as vaginal touching without the necessary and repetitive care, the restriction of obstetric milk. **Conclusion:** it appears that the proposed reflections sought to elucidate the main reasons and to raise the awareness of everyone involved, from professionals working with assistance to class entities to the theme.

**Keywords:** Violence in women; Obstetric violence; Women's health; Hospital violence; Humanized assistance.

## Resumen

**Objetivo:** Este artículo tiene como objetivo desarrollar un análisis a través de una revisión integradora sobre la relación entre la salud de la mujer y la violencia obstétrica en el contexto del parto y el parto en Brasil. **Método:** Se trata de una revisión integradora, cuyo método de investigación es una herramienta fundamental, ya que permite el análisis a través de una revisión de la literatura de forma amplia y sistemática, además de difundir datos científicos producidos por otros autores. **Resultados:** En el ámbito hospitalario, las embarazadas son recibidas en un ambiente hostil, donde la violencia verbal es prácticamente segura en sus primeros contactos. Las rutinas hospitalarias provocan el aislamiento de las parturientas y sus familias e incluso acompañantes, con procedimientos inapropiados como el toque vaginal sin los cuidados necesarios y repetitivos, la restricción de la leche obstétrica. **Conclusión:** parece que las reflexiones propuestas buscaban dilucidar las principales razones y sensibilizar a todos los involucrados, desde los profesionales que trabajan con la asistencia a las entidades de clase hasta el tema.

**Palabras clave:** Violencia en la mujer; Violencia obstétrica; La salud de la mujer; Violencia hospitalaria; Asistencia humanizada.

## 1. Introdução

A violência obstétrica é definida como toda conduta ou ato que é executado por profissionais de saúde, tanto na iniciativa privada ou nas instituições públicas, que indiretamente ou diretamente, acarreta processos de danos corporais e reprodutivos nas mulheres com o tratamento desumano e abuso da medicalização. Também se expressa pela negligência na assistência, abuso sexual, violência verbal, discriminação social, violência física e violência psicológica (Silva, 2008).

É possível presenciar que muitas mulheres passam por várias práticas desrespeitosas na assistência ao parto e nascimento, com a manipulação ultrajante de seu corpo, com a medicalização e com algumas práticas consideradas prejudiciais à saúde materna. Tais práticas são realizadas com o desconhecimento e sem o consentimento da mulher, invalidando o poder de decisão (Rodrigues et al., 2015).

Diante da possibilidade de uma experiência traumática durante o parto, é necessário mapear os fatores de risco e apresentar fatores de proteção da mulher (Meller & Schafer, 2011). Assim, demonstrando a problematização do projeto do seguinte questionamento: como cuidar da saúde da mulher e minimizar a violência obstétrica institucional no parto e

nascimento?

A necessidade de acelerar o entendimento, onde a mulher tem como tendência ser muito inquieta devido a suas experiências da gestação, o que pode afetar diretamente o bebê em formação e também durante o parto. Quando a mulher gestante não tem apoio ou não se sente compreendida, o sentimento de ansiedade e medo agravam-se, tornando com que todo processo de expelir a criança seja uma experiência muito dolorosa, que provoca um grande trauma para mulher (Alexandre, 2010).

Foram intensificadas discussões no campo da saúde sobre as intervenções desumanas durante o parto, onde o conceito de violência obstétrica é entendido como: a prática de procedimentos sem o consentimento da mulher e/ou em desrespeito à sua autonomia, integridade física ou psicológica, indo contra os seus sentimentos (Tesser et al., 2015).

O presente artigo teve como objetivo desenvolver uma análise através de uma revisão integrativa sobre a relação entre a saúde da mulher e a violência obstétrica no contexto do parto e nascimento no Brasil, iremos nos debruçar sobre os seguintes aspectos: Conceituar a violência obstétrica e apresentar os aspectos gerais da assistência humanizada do parto e nascimento.

## **2. Metodologia**

Trata-se de uma revisão integrativa, cujo método de pesquisa constitui como ferramenta essencial, pois permite a análise através de uma revisão de literatura de forma ampla e sistemática, além de divulgar dados científicos produzidos por outros autores. Destaca-se pela exigência dos mesmos padrões de rigor, clareza e replicação empregado em estudos básicos, além de estabelecer uma vasta abordagem metodológica referente às revisões de literatura.

Para a construção de uma revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas, sendo elas a identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; determinação de quais informações serão ou não serão retiradas dos estudos; especificação dos estudos; análise dos estudos incorporados; divulgação da correção/sinopse do conhecimento; e compreensão dos resultados (Souza et al., 2010).

Portanto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Como melhorar a Saúde da mulher e eliminar a violência obstétrica institucional no parto e nascimento? Como identificar a violência obstétrica realizada pelo enfermeiro e conscientizar o corpo de enfermagem a

utilizar as melhores práticas referentes ao parto humanizado?

A presente pesquisa teve como consulta nas bases de dados com os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); e do Medical Subject Headings (MESH) da National Library, para conhecimento dos descritores universais.

Foram utilizados os descritores, em português: violência na mulher; violência obstétrica; saúde da mulher; violência hospitalar; assistência humanizada.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados na íntegra, disponíveis eletronicamente, em português, inglês e espanhol, cuja disponibilidade de estar na íntegra para pesquisa. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, relatos de experiência, estudos reflexivos.

Após a pesquisa bibliográfica prosseguiu-se com a seleção dos artigos teses, dissertações e documentos. Estes materiais foram selecionados e separados por assunto conforme a relevância do tema que se propõe a investigar. Feito isso, procedeu à leitura exhaustiva dos materiais a serem analisados.

O total de artigos teses, dissertações e documentos consultados para a realização dos objetivos propostos na presente pesquisa, à revisão foram realizados com 70 artigos, foram aplicados os critérios de exclusão e foram utilizados 50 artigos, sendo 20 descartados, publicados a partir do ano 2009 ao ano de 2019, sendo empregados neste trabalho. Nestes documentos foram analisados os aspectos conceituais, históricos e técnicos sobre temática principal.

### **3. Resultados e Discussão**

#### **A importância das Políticas Públicas para saúde da mulher**

A saúde da mulher compreende diversos aspectos sociais, emocionais, e referentes ao seu bem-estar físico, no qual é determinada por um contexto político, cultural e econômico, assim como biológico (Signorelli & Auad & Pereira, 2013). Esta extensa definição reconhece a importância das mulheres, suas opiniões sobre saúde e suas experiências. Todas as mulheres da nossa sociedade devem ter a oportunidade de alvejar e fazer a manutenção da sua saúde (Motta & Aguiar & Caldas, 2011).

A necessidade de acelerar o entendimento das políticas direcionadas para assistência à saúde da mulher foram criadas em meados da década de 1930 no Brasil, tendo o objetivo de

reduzir a gravidade da situação de saúde as quais as mulheres foram submetidas, no entanto, essas políticas eram limitadas de acordo com os requisitos relativos à gravidez e ao parto (Maia & Guilhem & Lucchese, 2010).

Segundo o levantamento realizado pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), 50,77% da população brasileira é formada por mulheres, sendo elas as principais usuárias do Sistema Único de Saúde, tornando-se as mais vulneráveis em determinadas patologias com relação aos fatores sociais (Silva & Motta, 2010).

Nesse sentido, as políticas públicas são as orientações com objetivo de resolução de adversidade da sociedade onde é incluída saúde, educação, segurança, a tudo de responsabilidade estatal, são os direitos constitucionais que o cidadão possui e como ser que faz parte de uma sociedade (Ferraz & Kraiczky, 2010).

Dentro desta ótica a Lei Nº 11.634, de 27/12/2007, apresenta o direito da mulher gestante à maternidade onde receberá toda a assistência do SUS, juntamente com a Portaria Nº 569, de 01/06/2000 que garante o direito ao acesso das gestantes e recém-nascidos ao atendimento de qualidade e digno durante a gestação, que são os direitos fundamentais dos cidadãos (Barbosa, 2016).

Nesse sentido, o estado Brasileiro apresenta regulamentação, através de legislação e normatizações utilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) para com todos os usuários, determinadas leis são direcionadas para a saúde da mulher gestante, tal como programas de acompanhamento durante o período de pré e pós-gestação (Vettore et al., 2013).

Além disso, a gestão de saúde no Brasil em todos os âmbitos da administração pública no qual abrange, Governo Federal, Estadual e Municipal é definida pelas diretrizes do SUS, para garantir os direitos de gestantes e bebês foi realizado um Pacto pela Saúde criado em 2006, acordado entre todos os gestores do SUS, um dos objetivos prioritários do pacto é a redução da mortalidade infantil e materna. Onde estabelecia acompanhamento pré-natal de qualidade em todos os municípios do Brasil (Castro & Machado, 2010).

Portanto, as diretrizes mencionadas fazem parte da política pública nacional de atenção à saúde materna no Brasil, que busca o atendimento integral à saúde da mulher no período de gestação. As conquistas e avanços do SUS ainda deixam a desejar, pois, existem espaços para serem aprimorados os modelos de gestão de atenção básica, no modo em que a gestante é recebida e atendida nas instituições de saúde, principalmente nas Unidade Básica de Saúde (UBS's) (Cassiano et al., 2014).

## **Violência obstétrica em ambiente hospitalar**

A violência obstétrica é aquela crueldade executada contra as mulheres nos ambientes hospitalares antes, durante e pós-parto. Inicialmente o termo “violência obstétrica” foi empregado no meio acadêmico pelo Dr. Rogério D’gregório, Médico que presidiu a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Venezuela (Pereira & Lovisi, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a agressão obstétrica se caracteriza como atitudes desumanizadas, desrespeitosas, negligentes e com maus cuidados com as gestantes e o recém-nascido que ocasiona danos físicos e psicológicos graves, ocorrendo em todos os níveis de assistência das instituições (Sena & Tesser, 2016).

Dentro de o ambiente hospitalar as gestantes são recepcionadas em um ambiente hostil, onde nos primeiros contatos a violência verbal e praticamente certa. As rotinas dos hospitais provocam o isolamento das parturientes e dos seus familiares e até dos acompanhantes, com procedimentos inadequados como toques vaginais sem os cuidados necessários e repetitivos, a restrição do leite obstétrico (Aguiar et al., 2010).

Consequentemente a agressão obstétrica apresenta também como o uso excessivo de medicamentos e intervenções durante o parto, tornando aquele momento para as gestantes é um momento desagradável, com a prevalência de dores que acompanham durante todo o processo (Oliveira et al., 2017).

Nota-se que existe um conceito distorcido que para as mulheres terem um bom parto, ele necessita ser breve e ter bebê sadio, conceito este construído durante o processo de acompanhamento da gravidez, onde existe enorme contribuição para que elas não perceberem que estão sofrendo de violência, para que seja aceito os procedimentos inapropriados, e deixando em segundo plano toda alegria e realização de um bom parto sem maiores intercorrências, desmancham a percepção da bestialidade ocorrida no atendimento (Pereira et al., 2016).

Outros fatores agravantes para a violência obstétrica em mulheres é a diferença racial, a renda que a gestante aparenta ter e o seu nível de escolaridade, no qual influenciam no atendimento do parto. Onde em algumas instituições mulheres de baixa escolaridade e baixa renda são consideradas sem autonomia e capacidade de decisão do seu corpo no parto (Silva et al., 2015).

Dessa forma a dureza na assistência à saúde é utilizada como ferramenta na relação profissional/paciente, demonstrando toda uma diminuição da autoridade médica e que prejudica um efetivo diálogo com a gestante, considerando-a como incapaz de tomada de



decisões, em situação de fragilidade e necessitando de cuidado (Oliveira et al., 2016).

A partir desta análise o ambiente hospitalar com toda disponibilidade de tecnologia e mão de obra qualificada para o cuidado à saúde, fez com que os processos de cuidados com os pacientes sejam comparados aos processos de linha de produção industrial, com isso depositando toda capacidade de escolha de responsabilidade exclusiva do médico, fazendo com que as mulheres percam a sua autonomia e privacidade (Costa, 2012).

Dentro desta ótica se vive hoje uma otimização significativa com a ampliação do acesso das mulheres ao serviço especializado de saúde para cada caso, na contra mão disso os relatos de mulheres que sofreram violência no período de gravidez são mais frequentes, com informação de gritos de dores, procedimentos sem consentimento com as gestantes, falta de anestesia em casos extremos de negligência por parte da equipe obstétrica (Tostes & Seidl, 2016).

Do mesmo modo a individualidade da mulher no momento do parto tem de ser respeitado, o reconhecimento por parte da equipe médica é essencial com empatia e o esclarecendo tudo que pode acontecer, há casos relatados de instituições públicas com a falta de privacidade no momento do trabalho de parto, devido às estruturas precárias dos centros obstétricos que causam um grande desconforto a familiares e ansiedade na gestante (Biscegli et al., 2015).

Essas premissas apontam que a violência que acontece com maior frequência é durante a entrada na unidade hospitalar, na sala de pré-parto e no Centro Obstétrico. A negligência como falta de informação, ou não esclarecimento na sua totalidade para o entendimento dos procedimentos aos quais as mulheres serão submetidas, a peregrinação dentro das unidades hospitalares, inúmeros casos devido à indisponibilidade de locais apropriados para serem alocadas, falta de atenção, banalização do sofrimento, abandono nos leitos (Zanardo et al., 2017).

De modo que a ausência da informação os conceitos a serem considerados são o de não informação, ou seja, ela é omitida da gestante de forma consciente, com o pré-conceito de que gestantes e familiares não irão entender o procedimento, pois há abuso de termos técnicos. Logo, a informação é negada pela equipe hospitalar onde a mesma é solicitada, sem motivos plausíveis, assim não atendendo a solicitação (Oliveira et al., 2017).

Nessa perspectiva, a prática da violência verbal no ambiente hospitalar é muito comum que se caracteriza através do tratamento grosseiro por parte dos profissionais da instituição com uso de gritos, ocorrendo que a gestante se sente insegura com os maus tratos (Barboza & Mota, 2016). A violência física praticada por profissionais no ambiente hospitalar



é apresentado através da exposição desnecessária da intimidade da gestante, com o desconforto através dos procedimentos obstétricos, como os toques vaginais repetidos, episiotomia e na posição ginecológica que gestante está em situação de vulnerabilidade de movimentação, ocorrendo de dores excessivas em procedimentos inadequados (Machado et al., 2015).

Na concepção das instituições públicas a precariedade dos hospitais agrava a situação dos profissionais de saúde, na qual prejudica tanto os usuários, quanto os trabalhadores, devido aos acúmulos de jornada de trabalho, as condições trabalhistas reduzidas e a baixa remuneração. Acarreta em não continuidade do acompanhando do pré natal, assim como do parto e pós-parto, pois não há uma estrutura que acolha o acompanhante da paciente, além da frequente escassez de remédios e a violência institucional estrutural (Silva et al., 2018).

### **Humanização do tratamento com a gestante**

A gravidez é um momento novo da vida da mulher, e cada mulher deve receber o tratamento diferenciado e os cuidados devem ser feito de acordo com as particularidades de cada gestante (Franca et al., 2014). A humanização da assistência ao parto no campo da saúde é narrada como uma abordagem centrada na mulher, é uma aposta ética para com os profissionais de saúde, porque envolve a atitude de todos os profissionais ligados diretos e indiretamente com saúde da mulher (Gomes et al., 2014).

No contexto atual a assistência obstétrica tem como o objetivo a garantia de um momento único que seja vivenciado de forma enriquecedora e positiva na vida da mulher, sendo de suma importância durante o parto, devido às ações que são desenvolvidas por profissionais de medicina, enfermagem, assistência social e entre outros que valorizam o apoio emocional, e os cuidados com as mulheres antes, durante e no pós-parto (Porfírio et al., 2010).

Tendo em vista esses aspectos todas as unidades de saúde têm como seu dever receber com dignidade a gestante, recém-nascido e todos familiares. Para a formação de um ambiente agradável e confortável é imprescindível que haja uma atitude ética e humana por parte dos profissionais da instituição. Uma outra perspectiva relevante no que se trata na adesão de procedimentos e normas que beneficiem o parto e nascimento, evitando assim, medidas que proporcionem dores a gestante, que apesar de serem feitas não favorecem a mulher e ainda acarretam diversos traumas, trazendo complicações para ambos (Souza et al., 2011).

No panorama atual a presença do acompanhante é considerada uma experiência

positiva para as mulheres, principalmente as mulheres que se encontram em processo de parto apresentam os melhores desfechos maternos e perinatais (Gomes Ramalho et al., 2017).

A concepção de humanização da assistência do parto seria de um movimento especificado na particularidade da mulher, promovendo seu protagonismo e possibilitando uma maior cautela refere as condutas, procedimentos com a acolhida da paciente, na instrução das normas (Figueiredo, 2015).

Muito se discute sobre o acolhimento que compreende um momento oportuno para que a equipe de saúde possa demonstrar atenção, interesse e disponibilidade, buscando conhecer e compreender as expectativas da parturiente e sua família, esclarecendo as dúvidas relacionadas à gestação e ao parto. O acolhimento tende a facilitar a relação da parturiente com os profissionais, evitando, assim, situações de estresse e angústia para a mulher e sua família (Silveira & Camargo & Crepaldi, 2010).

De tal maneira que a introdução dos enfermeiros obstetras na substituição dos médicos obstetras nos partos de baixo risco é uma ferramenta de grande relevância para a assistência humanizada, tendo em vista que os profissionais têm uma formação voltada dedicada para cuidado da mulher durante o parto. Se trata de uma eficaz ferramenta para o combate dos riscos de desenvolvimento de depressão pós-parto onde a mãe se sente insuficiente para o seu filho, sendo acompanhada de tristeza e desapontamento (Silva & Andrade & Bosi, 2014).

Em virtude dos fatos mencionados, o resgate com contato humano para poder apoiar e adquirir um vínculo é importante no cuidado, com a realização de procedimentos benéficos, visando a redução das intervenções com a manutenção da privacidade e o respeito da gestante (Sena et al., 2012).

### **Riscos em casos de violência hospitalar**

As intervenções obstétricas durante o parto vaginal impedem que ocorra o rompimento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, equivalendo-se a interferência médica e patológica, tornando este uma experiência traumática de impotência, dor, entre outros (Leguizamón Junior & Steffani & Bonamigo, 2013).

É notório a importância da conscientização dos profissionais de saúde envolvidos durante o parto, pois os procedimentos incorretos se mostram arriscados as parturientes e fetos, são relacionados a métodos inapropriados (Biscegli et al., 2015).

Ao mesmo tempo em que as unidades de saúde têm como seu dever receber com dignidade a gestante, recém-nascido e todos familiares. A atitude ética e solidária por parte

dos profissionais envolvidos na instituição é fundamental para criação de um ambiente acolhedor. O outro aspecto fundamental refere-se à adoção de procedimentos e medidas benéficas ao parto e nascimento, evitando práticas que ocasionam dores a gestante, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher e causa grande trauma, acarretando problemas para ambos (Andrade et al., 2016).

Nessa perspectiva, se observa que isto faz parte de uma cultura institucional, todas essas condutas cheias de significados banais de depreciação da mulher, percorrido pelas ideologias médicas e de gênero. Essa conjuntura contribui pra que haja a manutenção desse tipo de risco de violência, no que lhe concerne, não deve ser entendida apenas como uma representação das deficientes circunstâncias de trabalho dos profissionais da área (Spindola et al., 2012).

Essa conjuntura afeta mulheres de minorias étnicas, de baixo nível socioeconômico, submetida ao poder institucional e profissional, onde possuem propriedade dominadoras e opressoras que não consideram a subjetividade feminina como característica fundamental para o desenvolvimento da assistência direcionada a mulher e em seu exercício da sua cidadania (Zanardo & Uribe & Nada, 2017).

É imprescindível que haja o empoderamento das mulheres no que se refere as condutas seguras e naturais no processo de parturição, pois conseguirão identificar se estão sendo violentadas ou não, para que assim possam denunciar e cobrar medidas qualificadas na qual possuem direito (Jardim & Moderna, 2018).

Há um certo hábito difundido nos serviços de que a mulher que demonstra sua dor com choros e gritos, recebe uma pior assistência, principalmente aquelas consideradas “escandalosas”, ou aquelas que apresentam qualquer descontentamento com a assistência, ou até aquelas que exigem serem atendidas com urgência. A demora em atender essas demandas, pode ser relaciona ao aumento dos riscos de mortalidade materna (Kopereck et al. 2018).

Nessas concepções, a atribuição do enfermeiro obstetra repercute em um enorme auxilio para a assistência obstétrica. O enfermeiro obstetra possui um entendimento diferenciado em comparação aos estudos com demais profissionais, devido a reconhecerem e confirmarem a violência obstétrica, tendo uma assistência pobre em vantagens, acreditando assim em uma assistência fundamentada em evidencias científicas (Diniz et al., 2015).

É empregado como parâmetro o risco hospitalar voltado a morte materna, onde se pode aferir a qualidade do serviço de saúde oferecido, buscando assim, identificar conjunturas de desigualdade, colaborando desta forma, para a qualificação dos níveis de saúde, e claro, do desenvolvimento socioeconômico dos cidadãos (Brandt et al.,2018).

Devido a sua complexidade é fundamental que o atendimento a gravidez de risco seja realizado por uma equipe de profissionais especializadas, não considerando apenas as patologias, como também, a sua influência sobre a prática familiar e a situação emocional dos familiares, assim como a mulher, considerando questões culturais, espirituais e biopsicossociais (Near, 2011).

Muito se discute sobre o enorme desafio dos profissionais de saúde quando são convocados a incorporarem a atenção ao tema da violência, fenômeno social crescente e indicador da instalação de uma 'sociedade de risco (Dos Santos & Campos & Duarte, 2014). Observa-se que a degradação do trabalho e dos bens da cidadania atingiu tanto sua clientela como sua própria situação como profissionais, resultando: na precariedade dos vínculos empregatícios, na fragilização dos laços sociais e no aumento do enfrentamento pessoal e profissional de situações de conflito e violência (Berger & Griffin, 2011).

#### **4. Considerações Finais**

O objetivo do estudo foi alcançado possibilitando constatar sobre enormes desafios que a mulher tem quando está em posição delicada da sua vida, constatando que referente à adoção de procedimentos e medidas benéficos no parto e nascimento, são necessárias medidas que evitem práticas que ocasionem dores a gestante, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiem a mulher e causa grande trauma.

Com relação as limitações deste estudo, as rotinas dos hospitais provocam o isolamento das parturientes e dos seus familiares e até dos acompanhantes, com procedimentos inadequados como toques vaginais sem os cuidados necessários e repetitivos, a restrição do leite obstétrico. A humanização da assistência do parto pode ser entendida como um movimento listado na individualidade da mulher, valorizando o protagonismo da mulher e permitindo um maior cuidado com as condutas.

A contribuição do estudo para a enfermagem é ressaltar a importância de ações desenvolvidas por profissionais para que valorizem o apoio emocional, e os cuidados com as mulheres antes, durante e no pós-parto.

Conclui-se, que as reflexões propostas buscaram elucidar os principais motivos da temática e com a sensibilização de todos os envolvidos, como os profissionais da assistência e de entidades de classe da temática, salientando que os atos violentos são praticados por profissionais de saúde em sua maioria médicos, pautados pelo seu saber técnico e científico, a humanização do tratamento da mulher é uns procedimentos e medidas benéficos o parto e

nascimento, evitando práticas que ocasionam dores a gestante.

## Referências

Aguiar, M. I. F. D., Freire, P. B. G., Cruz, I. M. P., Linard, A. G., Chaves, E. S., & Rolim, I. L. T. P. (2010). Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação.

Alexandre, A. F. (2010). O corpo na preparação para o parto: a psicoprofilaxia na Gestação. *Anais do*, 15.

Andrade, P. D. O. N., Silva, J. Q. P. D., Diniz, C. M. M., & Caminha, M. D. F. C. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 16(1), 29-37.

Barbosa, L. D. M. M. (2016). Desenvolvimento de tecnologias sociais na área da saúde da mulher: intervenções em nível comunitário com gestantes.

Barboza, L. P., & Mota, A. (2016). Violência obstétrica: vivências de sofrimento entre gestantes do Brasil. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 5(1).

Berger, S. M. D., Giffin, K. M. (2011), Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. *Comunicação Saúde Educação*, 15(37) 391-405

Biscegli, T. S., Grio, J. M., Melles, L. C., Ribeiro, S. R. M. I., & Gonsaga, R. A. T. (2015). Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade escola do interior do estado de São Paulo. *CuidArte, Enferm*, 18-25.

Brandt, G. P., de Souza, S. J. P., Migoto, M. T., & Weigert, S. P. (2018). Violência obstétrica: a verdadeira dor do parto.

Cassiano, A. C. M., Carlucci, E. M. D. S., Gomes, C. F., & Bennemann, R. M. (2014). Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.

Castro, A. L. B. D., & Machado, C. V. (2010). A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cadernos de saúde pública*, 26(4), 693-705.

Costa, A. M. (2016). O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher: anotações para um debate. *Anais*, 1133-1143.

Da Silva, A. G., Alves, V. H., Dulfe, P. A. M., Rodrigues, D. P., Pereira, A. V., & Barcellos, J. G. (2018). Acesso à assistência ao parto hospitalar de risco habitual: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(3), 591-604.

De Sena, C. D., Santos, T. C. S., Carvalho, C. M. F., de Moraes Sá, A. C., & do Nascimento Paixão, G. P. (2012). Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 2(3), 523-529.

Diniz, S. G., Salgado, H. D. O., Andrezzo, H. F. D. A., Carvalho, P. G. C. D., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. D. A., & Niy, D. Y. (2015). Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *J Hum Growth Dev*, 25(3), 377-82.

Dos Santos, D. T. A., Campos, C. S. M., & Duarte, M. L. (2014). Perfil das patologias prevalentes na gestação de alto risco em uma maternidade escola de Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 9(30), 13-22.

Ferraz, D., & Kraiczky, J. (2010). Gênero e Políticas Públicas de Saúde—construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 70-82.

Figueiredo, N. S. V. (2010). Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *Hu Revista*, 36(4).

Franca, B. S., Figueiredo, J. D., Barboza, J. M., Souza, D. C., Zapponi, A. L. B. (2014). Violência institucional obstétrica no ambiente hospitalar. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 2014; 8(2).

Gomes Ramalho, N. M., Lopes Ferreira, J. D., Jácome de Lima, C. L., Costa Ferreira, T. M., Umbelino Souto, S. L., & Carneiro Maciel, G. M. (2017). Domestic Violence Against Pregnant Women. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE*, 11(12).

Gomes, A. R. M., de Sousa Pontes, D., Pereira, C. C. A., Brasil, A. D. O. M., & Moraes, L. D. C. A. (2014). Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 4(11), 23-27.

Jardim, D. M. B, Modena, C. M. (2018). A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26:e 3069

Kopereck, C. S., Matos, G. C. D., Soares, M. C., Escobal, A. P. D. L., Quadro, P. P., & Cecagno, S. (2018). A violência obstétrica no contexto multinacional. *Rev. enferm. UFPE on line*, 2050-2060.

Leguizamon Junior, T., Steffani, J. A., & Bonamigo, E. L. (2013). Escolha da via de parto: expectativa de gestantes e obstetras. *Revista Bioética*, 21(3), 509-517.

Machado, C. L., Fernandes, A. M. D. S., Osis, M. J. D., Makuch, M. Y. (2015). Gravidez após violência sexual: vivências de mulheres em busca da interrupção legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 345-353.

Maia, C., Guilhem, D., & Lucchese, G. (2010). Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, 26, 682-692.

Meller, F. D. O., & Schäfer, A. A. (2011). Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 3829-3835.



Motta, L. B. D., Aguiar, A. C. D., & Caldas, C. P. (2011). Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 779-786.

Near, M. M. G. (2011). Severe maternal morbidity and near misses in a regional reference hospital. *Rev Bras Epidemiol*, 14(2), 310-22.

Oliveira, P. S. D., Rodrigues, V. P., Morais, R. L. G. L., & Machado, J. C. (2016). Assistência de profissionais de saúde à mulher em situação de violência sexual: revisão integrativa. *Rev. enferm. UFPE on line*, 1828-1839.

Oliveira, T. R. D., Costa, R. E. O. L., Monte, N. L., Veras, J. M. D. M. F., & Sá, M. Í. M. D. R. (2017). Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. *Rev. enferm. UFPE online*, 40-46.

Pereira, J. S., Silva, J. C. D. O., Borges, N. A., Ribeiro, M. D. M. G., Aurek, L. J., & Souza, J. H. K. D. (2016). Violência obstétrica: ofensa a dignidade humana.

Pereira, P. K., Lovisi, G. M., Lima, L. A., & Legay, L. F. (2010). Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(5), 216-222.

Pinho, Z. G. L., Uribe, M. C., De Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & sociedade*, 29, 1-11.

Porfírio, A. B., Progianti, J. M., & Danielle de Oliveira, M. (2010). As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 331-6.

Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Penna, L. H. G., Pereira, A. V., Branco, M. B. L. R., & Silva, L. A. D. (2015). A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Escola Anna Nery*, 19(4), 614-620.

Sena, L. M., & Tesser, C. D. (2016). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 209-220.

Signorelli, M. C., Auad, D., & Pereira, P. P. G. (2013). Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(6), 1230-1240.

Silva, E. B. D., Padoin, S. M. D. M., & Vianna, L. A. C. (2015). Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 249-258.

Silva, M. Z. N. D., Andrade, A. B. D., & Bosi, M. L. M. (2014). Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde em Debate*, 38, 805-816.

Silva, R. D. (2018). Violência obstétrica: um olhar holístico para uma realidade silenciada.

Silva, V. G., Motta, M. C. S., & Zeitoune, R. C. G. (2010). A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. *Revista eletrônica de enfermagem*, 12(3), 441-8.

Silveira, S. C. D., Camargo, B. V., & Crepaldi, M. A. (2010). Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicologia: reflexão e crítica*, 23(1), 01-10.

Souza, M. D., Silva, M. D., Carvalho, R. D., Souza, M. D., Silva, M. D., & Carvalho, R. D. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein (São Paulo)*, 8 (1): 102-106.

Souza, T. G. D., Gaíva, M. A. M., & Modes, P. S. S. D. A. (2011). A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(3), 479-486.

Spindola, T., Progianti, J. M., & Garcia Penna, L. H. (2012). Opinión De Las Gestantes Sobre El Acompañamiento De La Enfermera Obstetra En El Prenatal De Un Hospital Universitario. *Ciencia y enfermería*, 18(2), 65-73.

Tesser, C. D., Knobel, R., de Aguiar Andrezzo, H. F., & Diniz, S. G. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-12.

Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de mujeres embarazadas sobre el parto y sus percepciones acerca de la preparación para el parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681-693.

Vettore, M. V., Dias, M., Vettore, M. V., & Leal, M. D. C. (2013). Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 13(2), 89-100.

Zanardo, C. L. P., Uribe, M. C., Nada, A. H. (2017). Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, 29.

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Henrique de Souza Medeiros Neto – 16,6%

Henrique Gabriel de Lima Lopes –16,6%

Hilme Castro da Silva – 16,6 %

Greicy Kelly de Lyra Marques – 16,6%

Eurides Souza de Lima – 16,6 %