



REVISIONES

Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora

Expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa

Expressions of violence institutionalized the birth: an integrative review

*Cassiano, Alexandra do Nascimento *Santos, Milena Gabriela dos *Santos, Flávia Andréia Pereira Soares dos *Holanda, Cristyanne Samara Miranda de *Leite, Jovanka Bitenkout Carvalho *Maranhão, Tercia Maria de Oliveira *Enders, Bertha Cruz

*Universidade Federal de Rio Grande do Norte. E-mail: anc_enfa@hotmail.com Brasil.

Palabras clave: Obstetricia; Parto; Violencia

Palavras-chave: Obstetrícia; Parto; Violência

Keywords: Obstetrics; Parturition; Violence

RESUMEN

Este estudio tuvo como **objetivo** sintetizar la literatura científica publicada en artículos sobre las formas de violencia institucionalizada que se producen durante el parto. Se trata de una revisión integradora realizada en bases SCIELO, SCOPUS, PubMed y LILACS, utilizando los descriptores Childbirth AND "Parturition" AND "Obstetric" AND "Violence". 13 artículos fueron seleccionados tras atender los criterios de inclusión y exclusión. Del análisis de los estudios emergieron cinco categorías, a saber: violencia institucional en las relaciones de poder; violencia institucional al cuerpo femenino; violencia institucional a través de la comunicación; violencia institucional en la modalidad de servicio; y violencia institucional como una violación de los derechos. A pesar de que la literatura científica sobre el tema va en aumento, la cantidad de estudios es todavía incipiente y bajo el nivel de evidencia científica.

RESUMO

Este estudo teve por **objetivo** sintetizar a produção científica publicada em artigos acerca das formas de violência institucionalizada que ocorrem durante o parto. Trata-se de uma revisão integrativa realizado nas bases SCIELO, SCOPUS, PUBMED e LILACS com utilização dos descritores "Childbirth AND "Parturition" AND "Obstetric" AND "Violence". Foram selecionados 13 artigos depois de atendidos os critérios de inclusão e exclusão. Da análise dos estudos emergiram cinco categorias, a saber: violência institucional nas relações de poder; violência institucional com o corpo feminino; violência institucional através da comunicação; violência institucional na forma de serviço; e a violência institucional como violação de direitos. Apesar da produção científica acerca do tema estar em

ascensão, o quantitativo de estudos realizados ainda é incipiente e de baixo nível de evidência científica.

ABSTRACT

This study **aimed** to synthesize the scientific literature published in articles about forms of institutionalized violence that occur during childbirth. It is an integrative review conducted in SCIELO, SCOPUS, PUBMED and LILACS bases using the descriptors "Childbirth AND" Parturition "AND" Obstetric "AND" Violence ". 13 articles were selected after meeting the criteria for inclusion and exclusion. Five categories emerged from the studies' analysis: institutional violence in the power relationships; institutional violence to the female body; institutional violence through communication; institutional violence in the form of service; and institutional violence as a violation of rights. Although the scientific literature on the subject be improving, a number of studies is still incipient and with a low level of scientific evidence.

INTRODUCCIÓN

Hasta el siglo XIX los partos se realizaban en su mayoría en ambiente domiciliario. Sin embargo, a partir del siglo XX, se experimentó la experiencia del acto de parir, y este evento pasó a ocurrir en ambiente hospitalario bajo responsabilidad médica. A partir de entonces, hubo avances en la analgesia, en el control de hemorragias, en el descubrimiento de antibióticos y en las técnicas quirúrgicas, hecho que amplió el saber médico y contribuyó a la reducción de la mortalidad materna y fetal. A pesar de ello, tales avances no consiguieron minimizar la problemática de la insatisfacción femenina en lo que se refiere a una asistencia humanizada y la promoción de la autonomía sobre su propio cuerpo⁽¹⁾.

En las últimas décadas, Brasil buscó una reorganización de las políticas públicas de salud de la mujer, a fin de dirigirlas al desarrollo del protagonismo de la parturienta durante el parto. Entre los avances están el Programa de Humanización del Prenatal y Nacimiento (PHPN); y, más recientemente, la aparición de la Red Cigüeña (RC), como herramienta que vela por la humanización y cualificación de la asistencia al binomio, dentro del contexto del Sistema Único de Salud (SUS)^(2,3).

Incluso con mejoras considerables en la atención a la salud de la mujer en el país, todavía se percibe que la violencia institucional practicada contra parturientas y el elevado número de cesáreas son fuertes indicadores de que la asistencia al parto necesita de una mirada crítica-reflexiva por parte de los gobernantes y de los profesionales de la salud, con la intención de facilitar a la mujer una experiencia humanizada, satisfactoria y segura⁽⁴⁾.

La violencia institucionalizada en el parto viene siendo asociada a la precarización del sistema de salud, a las reducidas inversiones en maternidades, la conducta poco ética e irrespetuosa de los profesionales, la utilización indiscriminada de la amniotomía, episiotomía, ocitocina sintética, anillos vaginales repetitivos, indicación de cesáreas innecesarias y la utilización de palabras y expresiones irónicas dirigidas a la mujer durante el trabajo de parto^(5,6), siendo denunciada desde la década de 1980 por movimientos feministas y objetivo de investigaciones académicas a partir de 1990⁽⁷⁾.

Ante esta problemática, el presente estudio tiene el objetivo de sintetizar la producción científica publicada en artículos acerca de las formas de violencia institucionalizada que ocurren durante el parto. El trabajo tiene justificación pauta en la realidad de que hay escasez de estudios que aborden la temática, en la perspectiva de resaltar la importancia de estudios que aborden la violencia institucionalizada en el parto, dado

que el tema merece mayor enfoque de las producciones científicas nacionales e internacionales, pues se trata de una realidad cruel y cotidiana que lesiona el derecho y la dignidad de la mujer.

METODOLOGÍA

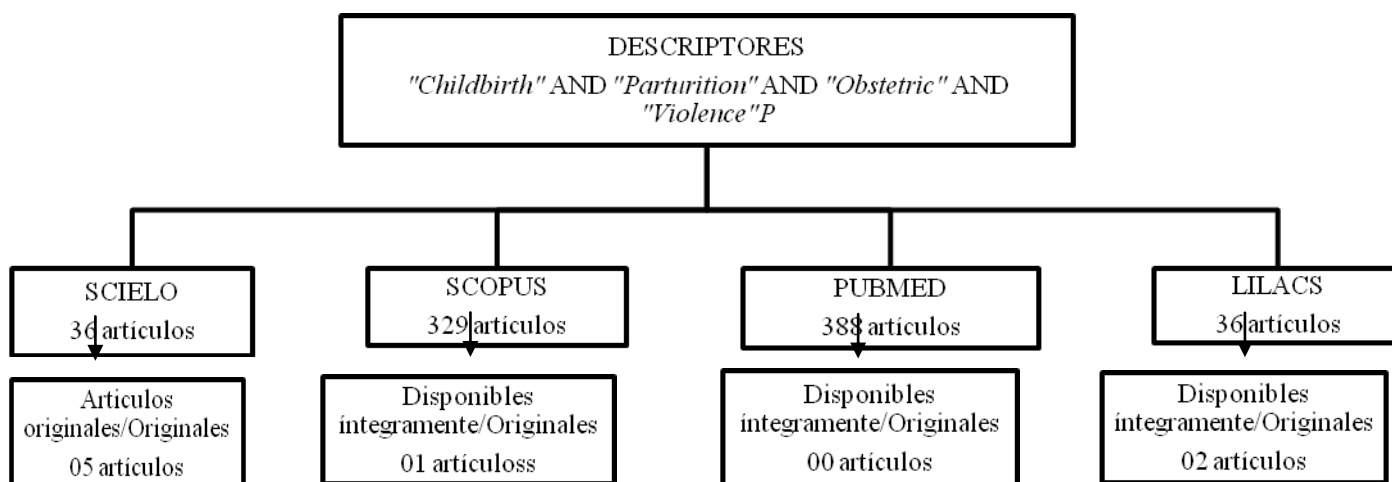
Estudio del tipo revisión integradora, que tiene el propósito de buscar, evaluar críticamente y sintetizar evidencias disponibles sobre un tema investigado. Este método de investigación contempla cinco pasos, que son: 1) identificación de la pregunta de investigación, 2) busca en la literatura, 3) evaluación de los datos, 4) análisis de los datos y 5) presentación de los resultados⁽⁸⁾.

En este estudio, la pregunta guía fue: ¿Cuál es la producción científica publicada en artículos acerca de las formas de violencia institucionalizada que ocurren durante el parto?

La busca se realizó en el mes de agosto de 2014, en la *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) y en las siguientes bases de datos: SCOPUS, *National Library of Medicine and National Institutes of Health* (PUBMED) y en *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS).

Los descriptores controlados identificados en el Medical Subject Headings (MESH) fueron *Childbirth, Parturition, Obstetric, Violence*. Estos fueron utilizados en los siguientes cruces utilizando el booleano AND: *Childbirth AND Violence; Parturition AND Violence; Obstetric AND Violence*.

Los criterios para la inclusión de las publicaciones fueron: artículos que abordaran la violencia institucionalizada en el parto, siendo estos artículos originales, revisiones de literatura, reflexivos y de opinión; publicados en los años 2003 a 2013, a fin de analizar la publicación científica acerca del tema en los últimos 10 años; disponibles íntegramente, gratuitos, en lengua portuguesa, inglesa o española. Como criterios de exclusión: trabajos de monografía, disertación, tesis, resúmenes, artículos publicados en eventos científicos, editoriales y cartas al editor. La figura siguiente presenta las etapas de selección de los artículos que componen la revisión.



La calidad de los estudios se analizó según la clasificación de los niveles de evidencia científica, la cual correlaciona el diseño metodológico del estudio con la fuerza de la evidencia científica de la producción⁽⁹⁾.

A través de la lectura se identificaron los eventos y/o elementos que caracterizan las formas de violencia institucionalizada que ocurren durante el parto, los cuales fueron agrupados por semejanza de contenidos, emergiendo las categorías presentadas en los resultados.

RESULTADOS

Mediante la aplicación de los cruces se encontraron los siguientes artículos: *Childbirth AND Violence* (SCIELO=21); *Parturition AND Violence* (LILACS=07; PUBMED=45; SCOPUS=32); *Obstetric AND Violence* (SCIELO=15; LILACS=29; PUBMED=343; SCOPUS=329), totalizando 821 publicaciones.

Después de concluida la etapa de colecta de datos, los autores procedieron a la pre-selección de los artículos a través de la lectura de los resúmenes de todos los artículos. Posteriormente, los artículos preseleccionados fueron leídos íntegramente, aplicándose también los criterios de inclusión y exclusión. Al final, se obtuvo una muestra de 13 artículos, de los cuales cinco eran de SCIELO, dos de LILACS, uno de PUBMED y cinco de SCOPUS.

Los artículos analizados por la presente revisión integradora están recogidos en el cuadro 01, de modo a ser distribuidas las informaciones referentes a la identificación ordinal del manuscrito, año y lugar de publicación, referencia, nivel de evidencia y tipo de estudio de los artículos.

Cuadro 01: Distribución de los artículos según identificación ordinal, año y país de publicación, referencia, nivel de evidencia, objetivo y método de la investigación. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.

Id*	Año	País de origen del estudio	Referencia del artículo	NE**	Tipo de estudio
01	2004	Brasil	Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólica nos serviços de saúde. <i>Texto Contexto Enfermagem</i> . 2004;13(3):391-400.	VI	Cualitativo
02	2006	Brasil	Teixeira MZF, Pereira WR. Parto hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> . 2006;59(6):740-4.	VI	Cualitativo
03	2008	Brasil	Wolff LJ, Waldow VR. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. <i>Saúde e Sociedade</i> . 2008;17(3):138-151.	VI	Cualitativo
04	2009	Venezuela	Cuevas MC. Patologizando lo natural, naturalizando lo Patológico...improntas de la praxis obstétrica. <i>Revista Venezolana de Estudios de la Mujer</i> . 2009;14(32):147-62.	VI	Cualitativo

05	2009	Venezuela	Poljak. La violencia obstétrica y la esterilización Forzada frente al discurso médico. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer. 2009;14(32):125-46.	VII	Opinión
06	2009	Brasil	Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e parto: breve referencial teórico. Interface Comunicação Saúde Educação. 2009;13(1):595-602.	VII	Opinión
07	2011	Brasil	Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface Comunicação Saúde Educação. 2011;15(36):79-91.	VI	Cualitativo
08	2011	Argentina	Felliti K. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). História, Ciência, Saúde. 2011;28(1):113-29.	VII	Opinión
09	2012	Venezuela	Faneite DJ, Feo A, Merlo JT. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2012;72(2):4-12.	VI	Descriptivo
10	2012	Brasil	Diniz SG, D'Oliveira AFPL, Lansky. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. Reproductive Health Matters. 2012;20(40):94-101.	VII	Opinión
11	2012	Cuba	Jordá CBD, Gernal CZD, Álamo MA. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(4):718-32.	VI	Cualitativo
12	2013	Venezuela	Teran P, Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuárias. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2013;73(3):171-80.	VI	Descriptivo
13	2013	Brasil	Aguiar LM, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. Caderno de Saúde Pública. 2013;29(11):2287-96.	VI	Cualitativo

*Identificación del artículo; **Nivel de evidencia.

Fuente: Datos de la investigación, 2014.

Con la presente revisión integradora, se comprobó que la publicación de trabajos acerca del tema tuvo producción ascendente a partir del año 2009, con mayor incidencia en los años 2009 y 2012. Estas están concentradas en América Latina, con

número significativo de artículos en Brasil, seguido de Venezuela, Argentina y Cuba. Los estudios se encuadran en los niveles VI y VII de evidencia científica, los cuales corresponden a investigaciones cuantitativas descriptivas, cualitativas y artículos de opinión.

Del mismo modo, se constató el pequeño número de publicaciones referentes al tema y la inexistencia de descriptores específicos del mismo, además de la no disponibilidad de artículos publicados en otros países de lengua inglesa de forma gratuita.

El cuadro 02 presenta la clasificación de las violencias que ocurren en el parto con sus respectivos artículos fuentes, así como el detalle de los principales puntos de caracterización de las mismas. Así, a partir del análisis emergieron cinco núcleos, a saber: violencia institucional en las relaciones de poder, violencia institucional con el cuerpo femenino, violencia institucional a través de la comunicación, violencia institucional en la forma de servicio y la violencia institucional como violación de derechos.

Cuadro 02: Clasificación de las formas de violencia institucionalizada en el parto. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil, 2014.

Categoría	Detallando la categoría
Violencia institucional en las relaciones de poder (artículos 1-13)	<ul style="list-style-type: none"> • Sumisión, pasividad y obediencia de la mujer delante del poder histórico y cultural de los profesionales de salud; • Relación de poder en las prácticas discriminatorias de género, clase social y raza/etnia.
Violencia institucional con el cuerpo femenino (artículos 1-13)	<ul style="list-style-type: none"> • Cesáreas electivas e histerectomías; • Utilización de intervenciones y procedimientos innecesarios como enema, tricotomía, epsiotomía de rutina, posición supina en el momento del parto, uso abusivo de ocitocito, maniobra de Kristeller e inmovilización en la cama; • Realización de toques vaginales sin autorización y explicación previa; • Falta de respeto a la privacidad; • Falta de respeto al dolor físico y a la libertad de elección, banalización del sufrimiento; • Imposición, fuerza y brutalidad en la realización de procedimientos; • No utilización de analgesia.
Violencia institucional a través de la comunicación (artículos 1-4, 6-7, 19-13)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de aclaraciones, conductas, no información, información negada, fragmentada o confusa; • Ausencia de diálogos entre el profesional y usuaria; • Agresión verbal con aumento del tono de voz, impaciencia, insultos, frases irónicas, tratamiento grosero, humillación intencional, amenazas, ofensas discriminatorias, críticas represivas, discursos autoritarios; • Ausencia de escucha y falta de respeto a la opinión; • Indiferencia y falta de atención.

Violencia institucional en la forma de servicio (artículos 01, 02, 06-07, 13)	<ul style="list-style-type: none"> • Burocratización del acceso a los servicios; • Ausencia de acogida; • Incapacidad de atender las necesidades de forma resolutiva; • Demora en la atención; • Negligencia intencional de la asistencia; • Ausencia de profesionales; • Diferencias en la atención del servicio privado y público; • Condiciones precarias de trabajo.
Violencia institucional como violación de derechos (artículos 05, 11, 12, 13)	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de acompañante; • Impedir el contacto precoz entre madre y bebé sin causas clínicas justificables.

Fuente: Datos de la Investigación, 2014.

DISCUSIÓN

El abordaje de la violencia institucional en las relaciones de poder tuvo gran relevancia en la presente revisión, siendo la asociación entre violencia y poder, un núcleo temático discutido en todos los artículos analizados.

La pasividad de ser mujer construida socialmente; el bajo nivel educativo; el prejuicio racial, principalmente, con negras y nordestinas; y el poder adquisitivo de las mujeres fueron considerados por algunos estudios como condiciones que influyeron en la ocurrencia de la violencia en el parto^(10,11,12,13,14,15).

En los servicios públicos de salud de Brasil la violencia institucional en el parto está determinada por la violencia de género, que transforma diferencias en desigualdades; y por una relación jerárquica, en la cual la paciente es tratada como un objeto y no como sujeto de sus propios actos y decisiones sobre lo que le acontece⁽¹⁴⁾. Dominación posibilitada por el poder simbólico atribuido al conocimiento científico de la medicina.

La autoridad técnica- científica es la fuente del poder médico, la cual se pauta en dos pilares: la legitimidad científica de sus conocimientos y la dependencia de los sujetos en relación a estos conocimientos. Dependencia justificada por la importancia de la salud para todos, y por el hecho de que la no obediencia a la autoridad médica puede acabar en daños a la salud⁽¹⁶⁾.

El poder es una forma de acción sobre la acción de los otros, la cual es ejercida a través de las relaciones en sociedad y donde el sujeto se somete a las conductas prescritas por los profesionales de salud^(17,18). En este sentido, la medicina moderna ha adoptado tal lógica en las prácticas dirigidas a la mujer, principalmente en el contexto hospitalario, colocándola como sujeto pasivo de sus intervenciones⁽¹⁷⁾.

Históricamente, la obstetricia y la ginecología se dedicaron al control del cuerpo femenino bajo el punto de vista androgénico, o sea, su saber y formas de intervención son eminentemente masculinos⁽¹⁰⁾. Además la clase es ejercida en su mayoría por profesionales del sexo masculino y por mujeres que tienden a incorporar actitudes y saberes de la categoría a la que pertenecen⁽¹⁰⁾. Tal asimetría constata que las relaciones de género no existen solamente entre hombres y mujeres, sino que se sitúan igualmente

entre mujeres, igualadas en la condición femenina, pero desiguales por el entrecruzamiento de raza y de clase social^(10,14).

Por tanto, se considera que las mujeres están en una doble relación de poder, como pacientes y como personas del sexo femenino, lo que se suma a discriminación racial, socioeconómica y a tolerancia de la violencia como una práctica que dispensa la impunidad a aquellos que la cometen⁽¹⁴⁾.

Otra categoría bien representada fue la violencia institucional con el cuerpo femenino, cuyas evidencias fueron citadas en todas las publicaciones. De forma general, los relatos de las mujeres que vivieron este tipo de agresión, expresan sentimientos de coacción, falta de privacidad, dolor y pasividad ante la manipulación irrespetuosa de su cuerpo.

En los estudios, sobresalieron las quejas en cuanto al uso del tacto vaginal, hecho a veces sin respeto a la privacidad de la mujer, de forma frecuente y por múltiples examinadores, sea en un mismo momento o con intervalos de tiempos pequeños^(10,11,13,14,19,20,21). El uso indiscriminado de la técnica llega al punto de que las mujeres no consiguieron enumerar los tactos recibidos durante el periodo del parto⁽¹⁵⁾.

La episiotomía y episiorrafia innecesarias fueron citadas como intervenciones traumáticas y dolorosas, incluso con el uso de la anestesia, siendo inclusive, consideradas como medidas que iatrogenizan el parto^(12,13,15,22). La utilización de la técnica ha sido realizada sin un enfoque selectivo y juicioso, incluso ante las desventajas que la práctica promueve como la pérdida sanguínea y el mayor riesgo para infecciones y laceraciones perineales severas⁽²³⁾.

Con frecuencia, las mujeres se refieren a la prescripción de la “inyección de fuerza” y relatan que los profesionales “se subieron en la barriga para ayudar al niño a nacer”^(10,14). Acciones que corresponden a la utilización abusiva de la ocitocina y de la manobra de Kristeller^(12,15). También señalaron la revisión uterina, el enema, y la tricotomía como prácticas ordinarias⁽²²⁾.

La imposición de la posición litotómica durante el parto fue un hallazgo común de los estudios. En esa condición la parturienta adopta el sentido horizontal, manteniéndose con las piernas para arriba y, a veces, amarradas^(13, 22, 24).

Tal imposición se basa en la justificación de que el decúbito de litotomía facilita el trabajo médico, al permitir el control de los latidos cardiorrespiratorios, administración de anestésico local, utilización del fórceps, realización de la episiotomía, revisión placentaria y la prestación de la asistencia a las complicaciones obstétricas^(13,24). A costa de tales beneficios, las mujeres que intentan levantarse para quedar en una posición verticalizada son identificadas como practicantes de actos rebeldes y son retenidas en la mesa de parto⁽¹⁰⁾.

La realización de la cesárea y de la esterilización a través de la ligadura de trompas, cuando ejecutadas sin la previa planificación familiar, también fue considerada como una práctica que naturaliza la dominación masculina sobre el cuerpo de la mujer⁽¹⁹⁾.

Considerando la dimensión subjetiva, las mujeres que viven la violencia en su cuerpo sufren un tipo de rito, donde sus órganos sexuales pueden ser vistos y atacados sin que haya ninguna restricción por parte de aquellos que son aptos para hacerlos, y mucho menos, respecto a la dignidad y la privacidad de las mismas⁽¹⁹⁾.

No hay respeto al dolor, ni tampoco são pleiteadas estrategias que miren a amenizá-la, pues, en la mente de los profesionales, la mujer debe aguantar el sufrimiento como algo que es biológicamente inherente a su feminidad y como el precio a pagar por el acto sexual que dio origen al embarazo⁽¹⁴⁾.

Las prácticas citadas son consideradas como conductas proscritas y recriminadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1996, de acuerdo con la clasificación de las prácticas de atención al parto y nacimiento, basada en evidencias científicas concluidas a través de investigaciones en todo el mundo. Tal documento debe orientar la conducción del parto normal, atentando para lo que debe y lo que no debe ser hecho en el proceso del parto⁽²⁵⁾. Con todo, estas persisten en la realidad de los servicios de salud, hecho que descalifica la asistencia al parto.

La violencia institucional a través de la comunicación fue relatada en la mayoría de los estudios con la particularidad de ser comprendida no solo como agresión verbal, sino también, como la ausencia de una comunicación cualificada entre profesional y usuaria.

Un estudio cuantitativo realizado en Venezuela con 425 puérperas verificó que la práctica de dirigirse a la mujer a través de comentarios irónicos, bromas depreciativas, apodosos diminutivos y de realizar críticas ante el lloro y el dolor en el momento del parto, se corroboran como un tratamiento deshumanizado y violento⁽¹⁵⁾.

No obstante, en la realidad de los servicios, es frecuente la utilización de jergas semejantes a la que sigue: "A la hora de hacerlo no reclamó, pensó que fue bueno..., mas ahora se queja de que duele"^(5,11,12,13,14,19).

El uso de frases jocosas repletas de prejuicios y falso moralismo son justificadas como "bromas de humor", no siendo identificado por sus ejecutores como un tipo de violencia. Concepciones de esta naturaleza acaban posibilitando que la práctica de la violencia verbal sea aceptada, tolerada y socializada en el cotidiano de la asistencia, tornandose a un atocovirtiéndose en un acto banalizado^(5,26).

Así, el momento que sería el más delicado e importante en la vida de la mujer acaba recorriendo un camino trazado por tratamientos groseros, por la impaciencia, palabras de cuño moralista, amenazas, gritos, humillación intencional y represión⁽¹⁴⁾.

Sobre la relación entre médicos y parturientes, se percibe que las hablas de comunicación condiciona a la mujer a la espera de explicaciones que nunca llegan. Ellas nunca saben lo que los médicos hacen con su cuerpo, desconocen resultados de exámenes y poco saben sobre el estado de salud del bebé^(19,22). No son consultadas en cuanto a sus opiniones⁽²²⁾. En esa perspectiva, la no información, información negada, fragmentada, confusa y uso de terminologías técnicas ininteligibles para la clientela refuerza el sistema de dominación y de sujeción de las mujeres en los servicios de salud^(10,14).

El poder simbólico de la práctica médica dice que no es preciso informar sobre lo que se hace, cuando se está haciendo una cosa para beneficiar a otro, ni tampoco la relación entre los sujetos debe darse a través de diálogos horizontales, con énfasis en la escucha a la usuaria⁽¹⁹⁾. Ante esto, es imprescindible que los profesionales estén dispuestos a reorientar sus prácticas basándose en la escucha cualificada, considerando que el establecimiento de una buena relación interpersonal, incluya el

respeto y la coparticipación de la parturienta, siendo capaz de producir efectos favorables sobre la vivencia de la maternidad⁽²⁷⁾.

La categoría violencia institucional en la forma de servicio concentra seis publicaciones nacionales, cuyos elementos corresponden a las hablas en la organización del sistema de salud y en la prestación directa de los servicios.

De esa forma, se constituyen como matices de la violencia incorporada a la rutina de las instituciones condiciones como el acceso dificultado; idas y venidas del hospital para la residencia; espera prolongada para la atención; inexistencia de acogida; baja resolutivez de la red de atención; precariedad de los recursos; pésimas condiciones estructurales y ausencia de recursos humanos necesarios para una asistencia de calidad. También son citadas la negligencia intencional, al ser dejada sola en la sala de parto como castigo por “mal comportamiento” y, hasta incluso, la estratificación de la calidad de la asistencia al parto a partir de criterios socioeconómicos, considerando las distintas realidades del servicio público y privado^(5,10,12,13,14,19,21).

Comprenden, también, las acciones u omisiones de autoridades, funcionarios, directores u órganos públicos que tienen la intención de atrasar, dificultar o impedir, a las mujeres, el acceso a políticas públicas y la posibilidad de ejercer los derechos previstos por ley^(13,15).

Merece destacarse la inferencia sobre las diferencias en la asistencia a mujeres, usuarias del servicio público o privado, aquellas que estuvieran pagando o no. En el servicio privado, la prestación de la asistencia gana límites de un cuidado prudente, que se hace impregnado por conductas previamente esclarecidas y bien ejecutadas, al ser este un producto de pago⁽¹⁹⁾.

Ya en el contexto del servicio público, la asistencia llamada “gratuita” se configura como un gesto generoso que debe ser acogido sin explicaciones o preguntass, por ser la única opción para aquellas que no pueden pagar⁽¹⁹⁾. Hay, por tanto, una estrecha relación entre el tipo de servicio y la existencia o no de la violencia institucional en el parto.

Otra interfaz fue presentada en una investigación realizada con profesionales acerca de la percepción de los mismos cuando se da la violencia durante el parto. Estos citaron como condicionantes para el evento, las condiciones precarias de trabajo, sea en términos de estructura física de los hospitales o de recursos humanos, además de la excesiva demanda por una rapidez en la producción del servicio. Las consecuencias van desde la falta de profesionales, no cualificación del servicio ante la exigencia de alta productividad, hasta la prohibición de acompañantes teniendo en cuenta la falta de espacio físico que garantice la privacidad de las demás pacientes⁽⁵⁾.

Por último, la violencia institucional como violación de derechos fue citada en cuatro estudios, de los cuales, uno fue realizado en Brasil y los demás en Venezuela y Cuba. La categoría presenta la discusión sobre la negligencia del derecho al acompañante durante el trabajo de parto, parto y postparto y a la no promoción del contacto precoz entre madre y bebé sin causas clínicamente justificables.

El derecho a la presencia de un acompañante, elegido por la familia, durante el trabajo de parto, parto y postparto inmediato es una recomendación preconizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1985⁽²⁸⁾.

En Brasil, tal recomendación gana fuerza legal a través de la Ley Federal 11.108/2005, con la intención de obligar a las instituciones públicas y privadas a permitir la presencia de un acompañante escogido por la parturienta durante el parto, parto y postparto inmediato⁽²⁹⁾. Con todo, la existencia de legislación específica no tiene garantizada la efectividad del derecho.

En los trabajos analizados se identificaron realidades donde, en las instituciones públicas de Venezuela, las mujeres y adolescentes no tenían derecho a permanencia de compañeros o familiares durante su estancia hospitalaria⁽¹³⁾. En otros contextos, a pesar de las parturientas y puérperas tener la posibilidad de mantener un acompañante consigo durante todo el parto y postparto, todavía hay prohibiciones en cuanto a la presencia de hombres en la sala de parto y en las salas, con la justificación de falta de espacio físico que garantice la privacidad de las demás usuarias^(14,22).

De forma general, estudios correlacionan la negligencia del derecho al acompañante con la percepción de los profesionales sobre la importancia de este sujeto y la inadecuación estructural de las instituciones⁽³⁰⁾. En cuanto al contacto precoz entre madre y bebé, estudio realizado con puérperas verificó que 23,8% del total de la muestra de la investigación relató que no tuvo contacto precoz con el recién nacido.⁽¹⁵⁾

Las razones de tal privación giran en torno a complicaciones neonatales, pero en la mayoría de las veces, encuentra disculpa en la rutina de la atención médica y de los primeros cuidados⁽³¹⁾, realidad que niega la posibilidad de iniciar el amamantamiento materno en la primera hora de nacimiento, como recomienda la OMS. Así como el atraso en el contacto entre puérpera y recién nacido se configura como una fuente de ansiedad y frustración para la mujer^(13,22). La recomendación de la aproximación precoz se basa en la evidencia de que en la primera hora el neonato presenta mayor aptitud en ejecutar el estímulo de busca alvéolo-areola, así como la succión inmediata promueve la producción de prolactina y ocitocina⁽³²⁾.

El riesgo para la quiebra del amamantamiento materno es la más relevante consecuencia derivada del atraso en el contacto entre madre y bebé, dado que el inicio del amamantamiento en la primera hora de vida está asociado a la mayor duración del mismo⁽³²⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

A pesar de estar en ascenso la producción científica acerca de la violencia institucional en el parto en los últimos 10 años, la cantidad de estudios realizados todavía es incipiente, considerando la complejidad del tema y su relevancia social. Además, las publicaciones existentes tienen bajo nivel de evidencia científica, comprendiendo solo estudios descriptivos, cualitativos y artículos de opinión.

Las expresiones de la violencia institucional en el parto se hacen a través de prácticas polifacéticas. En el presente estudio, se destaca la violencia ejercida a través de la comunicación, de las relaciones de poder y de la manipulación del cuerpo femenino.

En consecuencia, es necesario que haya cambios prácticos en la realidad de los servicios, con adopción de una asistencia cualificada, humanizada y centrada en el protagonismo de la mujer, a fin de proporcionarle la experiencia del parto como un

evento impar de su vida. Esperamos que el presente trabajo pueda instigar la producción de nuevos conocimientos sobre la temática, posibilitando la elaboración de estudios con mayor nivel de evidencia.

REFERENCIAS

1. Stancato K, Vergílio MSTG, Bosco CS. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-PPP de um hospital universitário. *Ciência, cuidado e saúde [periódico na internet]* 2011 Jul/Set [acessado em 22 de agosto de 2014] 10(3):541-548.
2. Dias MAB. *Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;2010.
3. Brasil. Lei 569 de 1 de julho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 1 de julho de 2000.
4. Jamas MT, Hoga LAK, Reberte LM. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. *Caderno de Saúde Pública*. 2013;29(12):2436-46.
5. Aguiar JM, Oliveira AFPL, Schreiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2013;29(11):2287-96.
6. Sanfelice CFO et al. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Revista Rene [periódico na internet]*. 2014 [acesso de 21 de agosto de 2014] 15(2):362-70.
7. Behague DP. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. *Culture, Medicine and Psychiatry*.2002;26:473-507.
8. Whittemore R, Knafk K. The integrative review: updated methodology. *Journal Advanced Nursing*. 2005;52(5):546-553.
9. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making case for evidencebased practice. In: Melnyk BM, Fineou-Overholt E. *Evidence based practice in nursing & healthcare. A guide to practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins;2005:3-24.
10. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar-experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006;59(6):740-4.
11. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*.2008;17(3):138-51.
12. Ratter D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface Comunicação Saúde Educação*.2009;13(1):595-602.
13. Poljak AV. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*.2009;14(32):125-46.
14. Aguiar JM, D'oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comunicação Saúde Educação*.2011;15(36):79-91.
15. Terán P; Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuárias. *Revista Obstetricia y Ginecología de Venezuela*.2013;73(3):171-80.
16. Starr P. Orígenes sociales de la soberanía profesional. In: Starr P, editor. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México DF: Biblioteca de la Salud/Secretaría de Salud/Fondo de Cultura Económica;1991:17-44.
17. Foucault, M. O sujeito e o poder. In: Rabinow, P, Dreyfus HL, Foucault M. *Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária;1995:231-49.
18. Foucault, M. *Microfísica do poder*. 24ª ed. Rio de Janeiro:Graal;2007.
19. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*.2004;13(3):391-400.

20. Cuevas MC. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*.2009;14(32):147-62.
21. Diniz SG, D'oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters*.2012;20(40):94-101.
22. Jordá CBD, Gernal CZD, Álamo MA. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39(4):718-32.
23. Oliveira SMJV, Miquiline EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista Escola de Enfermagem da USP*.2005;39(3):288-95.
24. Felliti K. Parirás sin dolor: poder médico, género y política em las nuevas formas de atención del parto em la Argentina (1960-1980). *Histórias, Ciências, Saúde*. 2011;18(1):113-29.
25. World Health Organization. Recommendations for Appropriate Technology Following Birth. WHO Regional Office for Europe. 1996.
26. Pizzini F. Communication hierarchies in humour: gender differences in the obstetrical/gynaecological setting. *Discourse & Society*.1991;2:477-88.
27. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Sobre as dores e temores do parto. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*.2008;8(2):179-86.
28. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. 1985;2:436-7.
29. Brasil. Lei nº 11.108 de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre a garantia as 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*. 7 de abril de 2005; 184º da Independência e 117º da República.
30. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. *Texto Contexto Enfermagem*. 2014;23(2):270-7.
31. Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos. *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*. 2007.
32. Esteves TMB, Dumas RP, Oliveira MIC, Andrade CAF, Leite UC. Fatores associados a amamentação na primeira horas de vida. *Revista Saúde Pública*.2014;48(4):697-703.

Recibido: 9 de septiembre 2015; Aceptado: 24 de noviembre 2015

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia