



O ENFRENTAMENTO DA VIOÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS REPERCUSSÕES NA PRÁTICA DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS

COPING THE OBSTETRICAL VIOLENCE AND ITS REPERCUSSIONS ON THE PRACTICE OF NURSES OBSTETRICIANS

EL AFRONTAMIENTO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y SUS REPERCUSIONES EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERAS OBSTETRAS

Júnia Aparecida Laia da Mata Fujita¹, Priscila de Lima Nascimento², Antonieta Keiko Kakuda Shimo³

RESUMO

Objetivo: relatar a experiência de enfermeiras obstetras no enfrentamento da violência obstétrica observada, presenciada e vivenciada no serviço de saúde e suas repercussões na prática destas profissionais. **Método:** relato da experiência que se deu em um hospital-maternidade público da Região Sul do Brasil. O estudo seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo da instituição e dos envolvidos. **Resultados:** constatou-se que a inclusão da enfermeira obstetra no serviço de saúde, com o cumprimento de suas atribuições legais e o exercício de seu papel de modo livre e digno, representa uma tarefa muito difícil. Percebeu-se que ao enfrentar a violência obstétrica, esta profissional está sujeita a ser vitimizada pelo assédio moral. Situação que dificulta a transformação do modelo de atenção à saúde materno-infantil. **Considerações finais:** é fundamental que a categoria constitua uma rede de apoio, para que seja possível se fortalecer, conquistando o reconhecimento e a autonomia para atuar com liberdade e respeito. **Descritores:** Violência; Poder (Psicologia); Feminismo; Enfermagem Obstétrica; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Objective: reporting the experience of nurses obstetricians in coping obstetric violence seen, witnessed and experienced in the health service and its repercussions on the practice of these professionals. **Method:** report of the experience that took place in a public maternity hospital in southern Brazil. The study followed the rules of Resolution 466/2012 of the National Health Council, ensuring the confidentiality of the institution and those involved. **Results:** it was found that the inclusion of the obstetric nurse in the health service, with the fulfillment of its legal duties and exercise of its role as free and dignified way represents a very difficult task. It was noticed that when coping obstetric violence, this professional is subject to being victimized by bullying, a situation that makes difficult the change of the care model of maternal and child health. **Final thoughts:** it is essential that the category constitutes a support network, to be possible getting stronger, winning the recognition and autonomy to act with freedom and respect. **Descriptors:** Violence; Power (Psychology); Feminism; Obstetric Nursing; Interpersonal Relationships.

RESUMEN

Objetivo: presentar la experiencia de enfermeras obstetras en el afrontamiento de la violencia obstétrica observada, presenciada y con experiencia en el servicio de salud y sus impactos en la práctica de estas profesionales. **Método:** informe de la experiencia que tuvo lugar en una maternidad pública en el sur de Brasil. El estudio siguió las normas de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud, garantizando la confidencialidad de la institución y de los involucrados. **Resultados:** se encontró que la inclusión de la enfermera obstétrica en el servicio de salud, con el cumplimiento de sus obligaciones legales y ejercicio de su papel de manera libre y digna es una tarea muy difícil. Se observó que en el afrontamiento a la violencia obstétrica, esta profesional está sujeta a ser víctima de acoso moral, que impide la transformación del modelo de atención a la salud materna e infantil. **Consideraciones finales:** es esencial que la categoría constituye una red de apoyo, por lo que puede hacerse más fuerte, ganando el reconocimiento y autonomía para actuar con libertad y respeto. **Descriptores:** Violencia; Poder (Psicología); Feminismo; Enfermería Obstétrica; Relaciones Interpersonales.

¹Enfermeira Obstetra, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: jumata.2905@gmail.com; ²Enfermeira, Especialista em Obstetrícia. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: priscila.lnascimento@gmail.com;

³Enfermeira Obstetra, Professora Doutora em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP. Campinas (SP), Brasil. E-mail: akkshimo@gmail.com

INTRODUÇÃO

A maternidade é um momento existencial significativo no ciclo vital feminino, que pode dar à mulher a oportunidade de atingir novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade.¹ Parir é um processo natural do corpo que integra a sexualidade feminina e encerra o período da gestação, trazendo à luz um novo ser.²

Historicamente, partejar era uma atividade feminina, restrita ao ambiente domiciliar e à intimidade da família. As parturientes eram acompanhadas por parteiras, mães e/ou irmãs, mulheres mais experientes que já haviam experimentado o parto. Os saberes sobre este evento eram passados de geração em geração e sua essência fisiológica o mantinha fora do campo de atuação e controle da medicina.³

A atenção ao parto e nascimento sofreu muitas transformações ao longo dos séculos, fato observado nos registros históricos e científicos sobre a temática, que revelam a sua medicalização e migração para os hospitais. Houve uma rápida expansão no desenvolvimento e uso de várias práticas desenhadas para corrigir a dinâmica, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com vistas a obter melhores resultados materno-neonatais.⁴

A utilização rotineira de condutas obstétricas, a partir do século XX, legitimou a tecnologização do parto e o domínio do corpo feminino pela obstetrícia, fortalecida pelo olhar estereotipado dos profissionais de que a mulher é um ser destituído de conhecimento e incapaz de entender o que está ocorrendo com o seu próprio corpo.⁵

Diante de tais mudanças, o ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva, vivenciada no meio doméstico (privado), pela mulher e sua família, transformou-se em experiência no âmbito hospitalar (público)³, envolta por normas e rotinas, muitas vezes engessadas, que esquadrinham, manipulam e controlam os corpos femininos.

No Brasil, cerca de 98% dos nascimentos ocorrem no âmbito das instituições de saúde. Dados estatísticos mostram que as taxas de cesariana alcançam 52%⁶, situação que revela a predominância do parto hospitalar e de condutas intervencionistas e cirúrgicas, cada vez mais costumeiras na assistência obstétrica.

Nesse cenário, atores sociais têm reconhecido algumas práticas obstétricas como problemáticas, desencadeando debates sobre a assistência ao parto e nascimento.

Destaca-se o Ministério da Saúde (MS), que publicou em 2001 o manual “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher”, que teve por objetivo difundir conceitos e práticas da assistência ao parto entre os profissionais de saúde, resgatando a ideia do protagonismo feminino e fomentando a redução de medidas intervencionistas neste processo para sua boa condução e promoção da saúde materna e infantil.⁷

Um dos polos da insatisfação é certamente o movimento feminista, que critica fortemente o paradigma tecnocrático de atenção ao parto. Desde a década de 1980 questiona o modelo médico de assistência à parturição, considerando-o centrado na concepção de feminino como condição essencialmente “defeituosa” e que, com base nesse juízo, trata o parto como patológico e arriscado, utilizando tecnologias agressivas, invasivas e potencialmente prejudiciais.⁸

Em sua luta pela melhoria da atenção ao parto e nascimento, o movimento feminista evidencia a perda da autonomia das mulheres sobre seus corpos para as instituições de saúde e para os profissionais.⁸

Uma pesquisadora aponta para a existência de três modelos de atendimento obstétrico na atualidade: o tecnocrático, que se fundamenta no conceito de separação entre mente e corpo, modelo no qual o corpo é tratado como máquina; o humanístico, que reconhece a interconexão entre mente e corpo; e o holístico que considera a unicidade de corpo-mente-espírito.⁹

No Brasil, há a predominância do modelo tecnocrático. Nascer no país não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos. O parto vaginal, mais frequente nos hospitais públicos, quase sempre acontece com muita dor e excesso de intervenções. Nos estabelecimentos privados, a cesariana, uma cirurgia muitas vezes desnecessária e quase sempre pré-agendada, vem se constituindo em uma opção para minimizar esse sofrimento.¹⁰ O país lidera o *ranking* mundial de cesárea e tem que reduzir de maneira drástica sua taxa para se adequar às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na pesquisa “Nascer no Brasil”, foi constatado que a cesariana se tornou a forma de resolver rapidamente o parto, tanto em mulheres de baixo risco (45,5%) quanto para as demais (60,3%). Para as mulheres estratificadas como baixo risco, outra maneira de abreviar a parturição é tentada mediante o uso de intervenções, muitas vezes não fundamentadas em evidências científicas, que dão agilidade, ligeireza ou rapidez ao processo assistencial, como: amniotomia e

Fujita JALM, Nascimento PL, Shimo AKK.

O enfrentamento da violência obstétrica e suas...

infusão de ocitocina no período de dilatação, manobra de Kristeller e episiotomia na expulsão fetal.¹¹

A epidemia de cesáreas no país é antiga e já foi alvo de diversas iniciativas. A Pesquisa “Nascer no Brasil” elucidou o retrato dos resultados precários obtidos após anos de esforço.

O constante intervencionismo praticado na parturição, principalmente sem consentimento, tem se configurado em violência contra as mulheres dentro dos serviços de saúde.

A violência obstétrica não é uma problemática recente no Brasil, há muito tempo é sentida e percebida, principalmente pelos grupos de ativistas e feministas, contudo, ganhou visibilidade recentemente. Existem poucos estudos sobre este tema no país, se comparado à literatura científica sobre a violência contra a mulher de uma forma geral.

Esse tipo de violência é cometido contra a mulher e sua família em serviços de saúde durante a assistência pré-natal, parto e pós-parto, na cesárea e no abortamento. Pode ser psicológica, física ou mesmo sexual e se expressa de diversas formas explícitas ou veladas. É fortemente condicionada por preconceitos de gênero, manifestando-se principalmente da seguinte forma: coagir, humilhar, xingar, ofender, constranger, privar a mulher e sua família; fazer comentários desrespeitosos ao seu corpo, sua raça ou sobre sua situação socioeconômica; realizar procedimentos/conduas sem esclarecimentos ou desconsiderar a recusa informada; utilizar inadequadamente práticas para acelerar partos e vagar leitos; prestar atendimento sem observar as melhores evidências científicas; submeter a mulher a jejum, nudez, raspagem de pelos pubianos, lavagem intestinal durante o trabalho de parto; não oferecer condições para o contato pele a pele com o bebê sadio e para a amamentação; violar os direitos da mulher garantidos por lei; entre outros.¹²

De acordo com um estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo em 2010, uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto. Internacionalmente a violência no parto é definida como qualquer ato ou intervenção, voltados à parturiente ou ao seu bebê, praticado sem o consentimento explícito e informado da mulher e/ou o desrespeito à sua autonomia, integridade física e mental, aos seus sentimentos e escolhas.¹³

Muitas iniciativas surgiram no Brasil com o intuito de mudar este cenário, destacam-se: a

criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria GM n.º 569, de 01 de junho de 2000, com objetivo principal de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da atenção ao parto e puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania¹⁴; a lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante, de sua livre escolha, durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁵; a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 36, de 03 de junho de 2008, que dispõe sobre regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, compreendendo a ambiência, o acolhimento e ações de humanização para a manutenção dos serviços deste setor¹⁶; a Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, reforçando a proposta do PHPN, acrescida da atenção à saúde da criança até dois anos de vida.¹⁷

A Rede Cegonha objetiva garantir a acessibilidade ao serviço de saúde, a atenção qualificada, humanizada e segura no ciclo gravídico-puerperal e o direito da criança ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.¹⁷

O país tem investido em políticas públicas que apoiam o resgate da autonomia da mulher na parturição, o respeito aos seus direitos e o cuidado fundamentado nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento da OMS. Além disso, tem apoiado a inserção e a atuação de enfermeiras obstetras dentro do serviço público de saúde.

Em revisão sistemática publicada pela Biblioteca Cochrane, foi constatado que modelos de assistência ao parto para mulheres de baixo risco envolvendo parteiras (enfermeiras obstetras ou parteiras de entrada direta) associaram-se a menores taxas de intervenções, menor risco de episiotomia e parto instrumental, maior sensação de controle pela parturiente, maior chance de iniciar o aleitamento materno e menor duração da hospitalização neonatal.¹⁸

A OMS também tem se mobilizado para o enfrentamento da violência obstétrica. No ano de 2014 divulgou uma declaração convocando maior ação, diálogo, pesquisa e mobilização sobre os abusos, o desrespeito e os maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde.¹⁹

Vários estudos já constatarem a presença de violência na assistência à parturição.^{3,20,21,22,23,24} No último ano, as

Fujita JALM, Nascimento PL, Shimo AKK.

O enfrentamento da violência obstétrica e suas...

autoras do presente relato se dedicaram ao enfrentamento deste problema em um serviço público de saúde da Região Sul do Brasil.

Nessa experiência, emergiu a seguinte problemática: a vitimização que enfermeiras obstetras sofrem por enfrentarem a violência praticada contra parturientes e suas famílias.

Percebeu-se que as enfermeiras obstetras que são militantes, lutam pela causa da humanização e da ‘não-violência’ no parto e no nascimento, assumindo uma postura humanista e/ou holística dentro do serviço de saúde, sofrem, muitas vezes, violência nas mais diversas expressões, destacando-se o assédio moral. Situação que as pesquisadoras assistiram, vivenciaram e sentiram por diversas vezes.

O assédio moral é toda e qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou a integridade psíquica ou física de um indivíduo, ameaçando seu emprego ou degradando o ambiente de trabalho.²⁵

Acredita-se que o assédio sofrido por enfermeiras obstetras, que combatem a violência obstétrica, colabora para reforçar a predominância do modelo tecnocrático de atenção ao parto, sendo impeditivo para que ocorram os avanços necessários para a transformação da prática e do cuidado dirigido às mulheres na parturição.

Diante do exposto, objetivou-se neste estudo relatar a experiência de enfermeiras obstetras no enfrentamento da violência obstétrica observada, presenciada e vivenciada no serviço de saúde e suas repercussões na prática destas profissionais.

MÉTODO

Trata-se de um relato da experiência sobre o enfrentamento da violência obstétrica por enfermeiras obstetras no serviço de saúde.

A experiência se deu em um hospital-maternidade público localizado na Região Sul do Brasil. Desde a inserção destas profissionais no cenário, foram observadas, presenciadas e vivenciadas situações de violência obstétrica que repercutiram diretamente na prática profissional das pesquisadoras.

O estudo seguiu as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo o sigilo da instituição e dos envolvidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• O Vivido e o Sofrido pelas Enfermeiras Obstetras

No ano de 2013, foram inseridas enfermeiras obstetras em um hospital-maternidade do SUS, no Sul do Brasil, com a proposta de mudar o modelo de atenção obstétrica ofertado à população atendida na instituição. Idealizou-se a oportunidade de transformar a assistência e combater a violência obstétrica perpetrada dentro do serviço de saúde.

Sob os ombros destas profissionais foi depositada a responsabilidade da “mudança do modelo obstétrico”, fato observado nas falas dos gestores, nas divulgações midiáticas da instituição e na dinâmica de trabalho. Havia uma grande expectativa em relação à atuação das enfermeiras obstetras, de modo que foram submetidas à pressão por produtividade, constantemente verificadas suas condutas, sua segurança em relação ao atendimento e a postura diante dos demais funcionários.

A dedicação foi o primeiro passo tomado por estas profissionais, que enxergaram a oportunidade de implementar práticas humanizadoras e holísticas no atendimento ao parto e nascimento. Contudo, a inserção da categoria no cenário não foi realizada de forma sistemática, o que gerou grandes dificuldades.

As enfermeiras generalistas, os médicos e a equipe técnica não tiveram, naquele momento, a oportunidade de serem sensibilizados acerca da inserção das enfermeiras obstetras e do “novo modelo de cuidado”. Esse foi um gatilho para o surgimento de conflitos.

Inserir-se, socializar-se, buscar ser compreendidas e aceitas foram desafios enfrentados pelas recém integradas ao serviço. Em um primeiro momento, houve grande estranhamento por parte dos integrantes da equipe de saúde, pois alguns desconheciam a existência da categoria “enfermeira obstetra”, suas atribuições e como esta poderia se integrar no cuidado à saúde do binômio mãe-bebê. Diante disso, diversos enfrentamentos ocorreram.

Durante meses, as enfermeiras obstetras vivenciaram desgaste intenso, numa busca constante de afirmação enquanto profissionais competentes e habilitadas para atender ao parto sem distócia, identificar intercorrências e integrar a equipe no atendimento de emergências obstétricas e neonatais, dentre outras atribuições.

Pode-se fazer uma analogia da situação vivida pelas pesquisadoras com uma escalada. Nesta vivência, a montanha a ser vencida era muito maior do que se podia imaginar. Havia nuvens densas que impediam enxergar seu

Fujita JALM, Nascimento PL, Shimo AKK.

O enfrentamento da violência obstétrica e suas...

pico e que, por vezes, nos fazia acreditar que seria breve a subida e que a concluiríamos com êxito.

O desafio de transformar o modelo de atenção obstétrica era maior do que o imaginado, pois o paradigma tecnocrático estava impregnado nos profissionais e nas paredes daquele hospital. Por meses foi-se investido, pelas enfermeiras obstetras, na produção de protocolos, na sensibilização das equipes e na reorganização do serviço. Mas aos poucos, emergiu fortemente nas relações uma questão que afetaria a possibilidade de avanços, a “disputa de poder”.

O exercício do poder fazia-se cada vez mais evidente nas relações entre os profissionais envolvidos no atendimento às usuárias e aos seus familiares.

O poder só existe mediante a produção da verdade, que parte de uma rede social formada por indivíduos de determinada sociedade, constituindo uma rede de poder e de saberes e discursos considerados verdadeiros, gerando efeitos específicos de poder.²⁶

Nessa perspectiva, as “verdades” legitimadas ao longo dos séculos dentro do campo da obstetrícia (como por exemplo, o parto é um evento arriscado, perigoso, que necessita de controle, monitoramento e de uma série de intervenções), mantinham-se fortemente presentes nas rotinas da instituição, esquadrinhando a atuação das enfermeiras obstetras que buscavam atuar no modelo holístico e/ou humanizado.

Foi no exercício desse poder disciplinador, garantido por meio do controle do comportamento, das atitudes, dos discursos e de ameaças de “castigo”, que as enfermeiras obstetras começaram a se contrapor às práticas de alguns profissionais e às rotinas que não estavam de acordo com as políticas de saúde materno-infantil propostas pelas esferas Federal, Estadual e Municipal. E na presença da resistência a mudança começou a acontecer.

A gestão direta da instituição adotava o discurso de que era necessário humanizar e implantar as boas práticas de atenção ao parto, abolindo o intervencionismo e apoiando a atuação das enfermeiras obstetras. Contudo, nos processos de trabalho e nas relações diárias esse discurso não era sustentado.

A dita autonomia das enfermeiras obstetras para atuar e contribuir, dentro de uma perspectiva de trabalho em equipe, para a melhoria da atenção obstétrica, era ilusória. Existia um esforço por parte destas profissionais para implantar as boas práticas e

atuar com humanização/holismo, entretanto, não se conseguia avançar.

Acredita-se que nossa realidade seja um recorte do vivido por muitas enfermeiras obstetras brasileiras. Situação preocupante, pois não temos apenas o desafio do enfrentamento da violência obstétrica no dia a dia dentro dos hospitais, mas também a violência vivida e sentida na pele pelas profissionais, que igualmente fere e marca.

Nessa experiência, percebeu-se que o grande dificultador para a obtenção do êxito na inserção das enfermeiras obstetras foi o modelo de gestão implementado, pois, o poder, centrado em um ponto, era exercido de forma desarticulada e sem coparticipação de atores significativos no processo de mudança, como os trabalhadores ligados diretamente à assistência.

Defende-se que, na implantação de novas práticas dentro de um serviço de saúde são fundamentais a sensibilização e o preparo de todos os profissionais, antecedendo a inauguração de qualquer iniciativa.

No caso da inserção das boas práticas na atenção ao parto e nascimento, a discussão coletiva e a reflexão acerca do cotidiano de cada indivíduo envolvido no atendimento, podem evitar julgamentos e atitudes preconceituosas sobre o comportamento reprodutivo das mulheres e as práticas humanísticas e/ou holísticas das enfermeiras obstetras, além de possibilitar a erradicação de condutas condenáveis e antiéticas na oferta do cuidado.

O caderno HumanizaSUS, publicado no ano de 2014, explicita experiências de investimento na mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal dentro de instituições do SUS. Nestas, o apoio institucional foi o motriz para envolver os atores e os coletivos, problematizar valores instituídos, desnaturalizar práticas e, assim, produzir novas formas de assistência e gestão pré-natal, obstétrica e neonatal no SUS.²⁷

Muitas experiências exitosas são apresentadas no material supracitado, e o grande diferencial em relação ao nosso relato, foi o *modus operandi* da gestão, que operacionalizou de forma conscienciosa, participativa, cooperativa e prudente o processo de mudança do modelo.

Sentimentos Diante do Assédio Moral

Com a inserção das enfermeiras obstetras, as usuárias do serviço começaram a perceber mudanças positivas no cuidado ofertado no hospital. Assim, passaram a demandar a garantia dos seus direitos e maior qualidade no atendimento. Principalmente, após a

Fujita JALM, Nascimento PL, Shimo AKK.

produção de um documentário popular, produzido por uma das pesquisadoras, sobre a inserção dessas profissionais e das boas práticas preconizadas pela OMS na instituição, que foi disponibilizado via internet para a população.^{4,28}

Segundo o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, na avaliação do público, a forma de atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para atender suas demandas e suas expectativas, são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, de espaço nos hospitais ou de medicamentos.²⁹ O que corrobora com a presente experiência.

As enfermeiras obstetras começaram a ser reconhecidas regionalmente e requisitadas pelas usuárias durante o atendimento, o que nos parece, não ter sido bem visto por alguns integrantes da equipe de saúde, de diferentes categorias como: enfermagem generalista, médica, coordenação e gerência do serviço.

Foi a partir daí, que o assédio moral vivido pelas enfermeiras obstetras, deixou de ser velado e tornou-se explícito e rotineiro no trabalho das mesmas. Além de observar, presenciar e vivenciar a violência obstétrica, perpetrada por alguns profissionais contra as mulheres, emergiu a problemática da relação interpessoal fortemente marcada pelo assédio moral.

De acordo com manual do MS, o assédio moral pode se configurar nas relações hostis, de isolamento e de atentado à integridade, expressando-se na (o): privação da autonomia da vítima; contestação sistemática de todas as suas decisões; crítica acerca do trabalho de forma injusta e exagerada; retirada do trabalho que normalmente compete ao trabalhador; pressão do sujeito para que não faça valer seus direitos (férias, horários, prêmios); atribuição à vítima de tarefas incompatíveis com a sua saúde; danos morais, psicológicos, físicos, entre outros, em seu local de trabalho; desconsideração das recomendações de ordem médica indicadas pelo médico do trabalho; advertência à vítima em razão de atestados médicos ou de reclamação de direitos; falta de diálogo entre os superiores hierárquicos ou colegas com a vítima; separação da pessoa dos outros; proibição dos colegas em falarem com o trabalhador; utilização de insinuações desdenhosas para desqualificar o indivíduo; realização de gestos de desprezo diante da pessoa (suspiros, olhares desdenhosos, levantar de ombros); desacreditação do trabalhador diante dos colegas, superiores e subordinados; propagação de rumores a

O enfrentamento da violência obstétrica e suas...

respeito do trabalhador; crítica à vida privada do trabalhador; agressão em forma de gritos; entre outros.²⁵

Ao longo de meses, sentimos muitas destas agressões. Infelizmente, tardamos a perceber a presença do assédio moral na nossa prática profissional. Parece ter havido um momento de negação, no qual acreditávamos que o vivido fazia parte da mudança, do “estranhamento aceitável de alguns profissionais”, do não reconhecimento da enfermeira obstetra dentro do serviço de saúde, algo naturalizado e necessário no processo de transformação do modelo de atenção.

A invisibilidade dessa violência permaneceu presente no nosso dia a dia, até que nossos corpos disciplinados comessem a responder aos estímulos estressores, gerados pelo assédio sofrido constantemente.

O trabalho é uma das fontes de satisfação de diversas necessidades humanas básicas, como autorealização, manutenção das relações interpessoais e de sobrevivência. Por outro lado, também pode ser fonte de adoecimento quando contém fatores de risco para a saúde do trabalhador e não dispõe de elementos que possibilitem a proteção contra estes riscos.³⁰ Carrega em si duplo papel, pois ao mesmo tempo em que pode oportunizar o desenvolvimento pessoal, a possibilidade de adquirir valorização pessoal e profissional, quando realizado sob condições inadequadas pode gerar prejuízo à saúde, desencadear doenças, reduzir a expectativa de vida e até mesmo levar à morte.^{31,32}

Múltiplos fatores de risco podem desencadear doenças ocupacionais, como: físicos, químicos, biológicos, ergonômicos e psicossociais. Ressalta-se aqui os psicossociais, que favorecem a ocorrência do estresse, entendido como uma reação complexa com componentes físicos e psicológicos resultantes da exposição a situações que excedem os recursos de enfrentamento do indivíduo. Quando suas causas se prolongam e os meios de enfrentamento são insuficientes, esse problema pode avançar para fases de maior gravidade, quando o corpo se torna vulnerável a doenças diversas.³³

O estresse representa um desafio permanente ao enfermeiro, repercute na sua saúde e na qualidade da assistência prestada ao usuário do serviço.³⁴

Estressores no trabalho estão frequentemente ligados à sua organização, como pressão por produtividade, retaliação, relação abusiva entre supervisores e subordinados, entre outros fatores.³⁵

Fujita JALM, Nascimento PL, Shimo AKK.

Circunstâncias que impõem ao trabalhador uma alta demanda a ser enfrentada.

Por diversas vezes as pesquisadoras sentiram a censura e a repressão perpetradas por seus pares e superiores, com intuito de fazê-las recuar na militância pela humanização e no combate da violência obstétrica. Acredita-se que tal situação não surgiu apenas por causa da oposição ao “novo” modelo de cuidado, mas pela resistência à ascensão do “outro” e disputa de poder.

Havia uma vontade de avançar, mas sentíamos como se nossas mãos estivessem atadas e não pudéssemos continuar a escalada. É exatamente este sentimento que nos embebeu. E, por muito tempo, nos anulamos, tivemos medo e insegurança. Pensamos em desistir, mudar de área, fugir de tudo. Mas a resistência permanecia dentro de nós, alimentando uma força interior que não imaginávamos existir.

Após refletir e discutir sobre as situações de assédio vivenciadas, constatamos que era preciso desatar os nós das amarras que nos impediam de atuar com autonomia e liberdade. Começamos a dizer “não”, a exigir nossos direitos e a nos fortalecer.

É interessante como negamos dentro de nós o assédio sofrido por enfrentarmos uma das expressões de violência mais cruéis, que marca fortemente a vida de uma mulher, a violência obstétrica. Quantas enfermeiras obstetras passam pela mesma situação? Como o serviço de saúde pode adotar um discurso de humanização do atendimento ao parto e nascimento e desumanizar a forma de tratar seus trabalhadores? Como podemos garantir a humanização da assistência e enfrentar a violência obstétrica, se sofremos violência pelos nossos pares? Como produzir saúde para a população, se o próprio serviço adocece seus trabalhadores?

Estas são questões que emergiram na experiência descrita, que têm nos intrigado e que acreditamos marcar o dia a dia de muitas enfermeiras obstetras atuantes nos hospitais brasileiros. É preciso pesquisar e pensar essa problemática.

Despertar para o impacto que o assédio moral pode causar na vida e na prática das enfermeiras obstetras, valorizando as experiências vividas, pode possibilitar o delineamento de estratégias adequadas para inseri-las nos (as) hospitais/maternidades, garantindo uma atuação digna e autônoma, minimizando agravos. É fundamental compreender essas trabalhadoras em sua totalidade existencial. Tais fatores podem fomentar a transformação do modelo de

O enfrentamento da violência obstétrica e suas...

atenção obstétrica e neonatal, tão presente nas políticas públicas da área.

• Atitudes de Resistência e Perspectivas de Mudanças

Diante das vivências descritas, tomou-se uma postura de resistência. Atuávamos somente fundamentadas nas evidências científicas, exigindo respeito aos nossos direitos e buscando exercer nossa profissão com dignidade, liberdade e autonomia.

Começamos a nos contrapor explicitamente às práticas intervencionistas e violentas, bem como às atitudes que se configuravam em assédio contra as trabalhadoras.

Na atualidade, o enfrentamento tem sido grande, mas temos nos apoiado na lei do exercício profissional da enfermagem, no código de ética, nas legislações brasileiras vigentes que nos respaldam e em órgãos defensores da mulher que combatem a violência.

Apesar do Ministério da Saúde reconhecer, desde 1998, a assistência ao parto pela enfermeira obstetra e ter normalizado a remuneração destas profissionais dentro do SUS³⁶, encontra-se grandes dificuldades para garantir sua atuação de forma digna.

Vários trabalhos já demonstraram que, quando acompanhadas por enfermeiras obstetras, as mulheres necessitam de menos analgésicos, ocorrem menos intervenções e os desfechos são melhores que aqueles produzidos pela assistência médica convencional.^{18,37} O cuidado realizado por estas profissionais faz a diferença, contribui para o resgate da autonomia feminina na parturição e o respeito à sua fisiologia.

Na assistência obstétrica existe uma sobreposição de funções, sendo que algumas atividades são da competência tanto do médico quanto da enfermeira obstetra, desencadeando uma disputa de poder entre estes profissionais.³⁸ Contudo, nessa experiência notou-se que a disputa de poder permeia todas as relações, entre enfermeiras obstetras, médicos, enfermeiras generalistas e gestores.

Percebe-se que é preciso unir forças dentro da categoria profissional para fortalecê-la e que há um longo e árduo caminho até que as enfermeiras obstetras tenham sua autonomia reconhecida para atuarem com liberdade e respeito.

Esse relato evidencia a grande relevância que o modelo de gestão tem na mudança dos processos dentro do serviço de saúde. A situação exposta poderia ser diferente com uma gestão centrada no trabalho em equipe, na construção coletiva, com poder e

responsabilidade compartilhados entre os atores envolvidos no processo, por meio de reflexões, decisões e avaliações construídas coletivamente, assim como proposto pela Política Nacional de Humanização.³⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção da enfermagem obstétrica na atenção ao parto e nascimento mostra-se como uma alternativa para a melhoria da assistência, a diminuição do número de intervenções e o aumento da satisfação das usuárias durante o atendimento. Neste relato, constatou-se que a inclusão desta categoria no serviço de saúde, com o cumprimento de suas atribuições legais e o exercício de seu papel de modo livre e digno, representa uma tarefa muito difícil. Além disso, percebeu-se que ao enfrentar a violência obstétrica, a enfermeira obstetra está sujeita a ser vitimizada pelo assédio moral.

Observa-se o desconhecimento de grande parte da equipe de saúde sobre o papel da enfermeira obstetra na atenção ao binômio mãe-bebê. Acredita-se que este fator desencadeie estranhamento, que por sua vez, pode resultar em conflitos.

Diante do cenário brasileiro da atenção obstétrica, onde se predomina o modelo tecnocrático, voltado à figura do médico, os obstáculos para a mudança parecem ser ainda maiores. Apesar das evidências científicas revelarem que o cuidado realizado pela enfermeira obstetra e pela obstetritz, contribui para o respeito à fisiologia do parto e o resgate da autonomia feminina durante esse processo, os enfrentamentos são constantes e dificultam a transformação do cuidado.

A violência vivida e sentida pelas profissionais representa mais um dificultador para que os avanços aconteçam. Para dizer “não” e exigir nossos direitos e os das mulheres sob nossos cuidados, é preciso resiliência.

É essencial que a categoria constitua uma rede de apoio, para que seja possível pensar tais questões e se fortalecer, buscando assim reconhecimento e autonomia para atuar com liberdade e respeito, visando à melhoria da qualidade da atenção obstétrica e neonatal oferecida às usuárias do serviço de saúde. Além disso, é importante que as organizações de saúde exerçam uma gestão que favoreça a participação dos atores que produzem saúde, ligados ao cuidado ou não, na tomada de decisões e na implantação de processos.

Implantar novas práticas dentro de uma instituição sem a participação, a sensibilização e o preparo das equipes para o

“novo”, é como colocar um papel de parede para cobrir uma estrutura infiltrada, a parede terá uma boa aparência por algum tempo, mas o problema ainda estará presente, e logo, virá à tona, causando inconvenientes e demandando maiores ajustes.

REFERÊNCIAS

1. Maldonado MT. Psicologia da gravidez. 17 ed. São Paulo: Saraiva; 2005. 230 p.
2. Balaskas J. Parto ativo: guia prático para o parto natural. 2 ed. São Paulo: Ground; 2008.
3. Wolff LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. Saúde Soc [Internet]. 2008 [cited 2014 Oct 02];17(3):138-51. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300014&script=sci_arttext
4. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996. 93 p.
5. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. Esc Anna Nery [Internet]. 2008 [cited 2014 Oct 02];12(4):645-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a06.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde. indicadores e dados básicos - Brasil - 2011: indicadores de cobertura [Internet]. 2011 [cited 2014 Oct 02]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2011/matriz.htm#cober>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. 199 p.
8. Diniz CSG. Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social [Dissertação]. São Paulo (SP): Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo; 1997.
9. Davis- Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. International Journal Of Gynecology & Obstetrics [Internet]. 2001 [cited 2014 Oct 02];75(Suppl1):S5-S23. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
10. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 03];30(Suppl1):S5-S7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0005.pdf>
11. Riesco MLG. Nascer no Brasil “em tempo”: uma questão de hierarquia das intervenções

no parto? Cad saúde pública [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 03];30(supl.):S17-S47. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0102-311XCO02S114&pid=S0102-311X2014001300007&pdf_path=csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0035.pdf&lang=pt

12. Kondo CY, Niy DY, Melo JM, Salgado EO, Penido FST, Duarte AC, et al. Episiotomia “é só um cortezinho: violência obstétrica é violência contra a mulher - mulheres em luta pela abolição da violência obstétrica”. 1st ed. São Paulo: Parto do Princípio, Espírito Santo: Fórum das Mulheres do Espírito Santo; 2014.

13. Venturi G, Bokany V, Dias R, Alba D; Rosas W, Figueiredo N. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 02]. Available from: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf

14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 569/GM, de 01 de junho de 2000: institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, seção 1, p. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n.º 11.108 de 07, de abril de 2005: altera a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantia 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, número 67, seção 1, p. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

16. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da diretoria colegiada RDC n.º 36, de 03 de junho de 2008: dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União. Brasília: ANVISA; 2008.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011: institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

18. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltane H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. The Cochrane Database Library [Internet]. 2009 [cited 2014 Oct 02]. Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD004667.pdf>

19. Organização Mundial da Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. 2014 [cited 2014 Oct 01].

Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/who_RHR_14.23_por.pdf?ua=1

20. Gaíva MAM, Tavares CMA. O nascimento: um ato de violência ao recém-nascido? Rev Gaúcha Enferm. [Internet]. 2002 [cited 2014 Oct 01];23(1):132-145. Available from: http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4408/2343?hc_location=ufi

21. Pereira WR. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. Texto contexto-enferm [Internet]. 2004 [cited 2014 Oct 01];13(3):391-400. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a08v13n03.pdf>

22. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar- experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. Rev Bras. Enferm [Internet]. 2006 [cited 2014 Oct 01];59(6):740-44. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf>

23. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface Comun. Saude Educ [Internet]. 2011 [cited 2014 Oct 01];15(36):79-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop4010>

24. Soares GCF, Andretto DA, Diniz, CSG, Narchil NZ. Adjustment disorders in the postpartum resulting from childbirth: a descriptive and exploratory study. Online Braz J of Nurs [Internet]. 2012 [cited 2014 June 01];11(3):907-22. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3884>

25. Brasil. Ministério da Saúde. Assédio-violência e sofrimento no ambiente de trabalho: assédio moral. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 36 p.

26. Foucault M. Microfísica do poder. 25 ed. São Paulo: Graal; 2012. 431 p.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS: Humanização do parto e do nascimento. Universidade Estadual do Ceará. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 465 p.

28. Fujita JALM, Shimo AKK. Parto humanizado: experiências no sistema único de saúde. REME rev min enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 05];18(4):1006-1015. Available from: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140074>

29. Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília; 2001. 60 p.

30. Murta SG, Tróccoli BT. Avaliação de intervenção em estresse ocupacional. Psic.:

Fujita JALM, Nascimento PL, Shimo AKK.

O enfrentamento da violência obstétrica e suas...

Teor e Pesq [Internet]. 2004 [cited 2014 Oct 05];20(1):039-047. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n1/a06v20n1.pdf>

31. Sanches EM, Cutolo LRA, Soares P, Silva RM. Organização do trabalho, sintomatologia dolorosa e significado de ser portador de LER/DORT. Psicol Argum [Internet]. 2010 [cited 2015 Dec 02];28(63):313-24. Available from: <file:///C:/Users/User/Downloads/pa-3933.pdf>

32. Poersch AL, Ramos MZ, Silva RN. Reabilitação profissional: o coletivo como ferramenta de ressignificação. Psico (Porto Alegre) [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 22];41(1):137-43. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/2684/5228>

33. Lipp MEN. Estresse: conceitos básicos. In: Lipp MEN, org. Pesquisas sobre estresse no Brasil. Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus; 1996. p. 17-31.

34. Gouveia MTO, Torres CRD, Costa RS, Robazzi MLCC. Avaliação do estresse e sintomas apresentados pelos enfermeiros de unidades de terapia intensiva pediátrica. J Nurs UFPE on line. [Internet]. 2015 Jan [cited 2015 Mar 29];9(suppl1):360-7. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5314/11327>

35. Carayon P, Smith MJ, Haims MC. Work organization, job stress, and work-related musculoskeletal disorders. Human Factors [Internet]. 1999 [cited 2015 Mar 29];41:644-663. Available from: <http://hfs.sagepub.com/content/41/4/644.short>

36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.816, de 29 de maio de 1998: determina que no Programa de Digitação de Autorizações de Internação Hospitalar, SISAIO1, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, nº 103, 2 jun. Brasília; 1998.

37. Blanchette H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 1995 [cited 2014 Nov 22];172(6):1864-1868. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7778645>

38. Berni NIO. Assistência de enfermagem à cliente obstétrica: a busca do significado. Rev

Gaúcha Enferm [Internet]. 1994 [cited 2014 Oct 03];15(1/2):13-19. Available from: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4030>

39. Brasil. Ministério da Saúde. Gestão participativa e cogestão. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS [Internet]. 2009 [cited 2014 Oct 04]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 56 p. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_cogestao.pdf

Submissão: 02/04/2015

Aceito: 20/10/2015

Publicado: 01/12/2015

Correspondência

Júnia Aparecida Laia da Mata Fujita
Avenida Presidente Affonso Camargo, 2125,
Ap. 141
Bairro Cristo Rei
CEP 80050-370 – Curitiba (PR), Brasil