VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: EXPERIÊNCIA DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE

OBSTETRIC VIOLENCE: EXPERIENCE OF A MULTIDISCIPLINARY HEALTH TEAM

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: EXPERIENCIA DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Livia Faria Orso¹ , Amanda de Lima e Silva² , Sandra Renata Albino Marques³ , Fernanda Moerbeck Cardoso Mazzetto⁴ , Milena Temer Jamas⁵ , Maria Cristina Guimarães da Costa⁶

RESUMO

Objetivo: Descrever a compreensão, a experiência e as proposições da equipe multidisciplinar em saúde em relação à violência obstétrica. **Método:** Estudo qualitativo, descritivo, desenvolvido em maternidade pública do interior paulista. Entrevistaram-se 43 participantes profissionais de diversas categorias. Coleta de dados realizada por meio de entrevista semiestruturada. Dados analisados e fundamentados na Análise de Conteúdo de Bardin, modalidade temática. **Resultados:** Emergiram a partir das falas transcritas as categorias: 1 - Desconhecimento da violência obstétrica; 2 - Relato sobre violência obstétrica; 3 - Práticas de violência obstétrica; 4 - Necessidade de capacitações sobre violência obstétrica; 5 - Necessidade da inserção de enfermeiras obstetras; 6 - Necessidade de reestruturação física e inserção de quarto para Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP). **Conclusão:** Alguns participantes demonstraram desconhecimento sobre o tema. Ressalta-se a importância do conhecimento da equipe de saúde sobre a violência obstétrica, para que possam identificar, intervir e prestar assistência humanizada. A violência obstétrica é favorecida por falta de reestruturação do ambiente e de materiais, escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos. Considera-se oportuna a promoção de capacitações que aproximem os profissionais de saúde de condutas baseadas em evidências científicas. **Descritores:** Violência contra a mulher; Tocologia; Parto Humanizado; Equipe de Assistência ao Paciente; Gravidez.

ABSTRACT

Objective: To describe a multidisciplinary health team's understanding, experience, and propositions regarding obstetric violence. **Method:** A qualitative, descriptive study was carried out in a public maternity hospital in the countryside of São Paulo. Forty-three professionals from different categories were interviewed. Data collection was performed through semi-structured

interviews. The data analysis was based on Bardin's Content Analysis framework. **Results:** From the transcribed speeches, the following categories emerged: 1 - Unfamiliarity with obstetric violence; 2 - Obstetric violence reports; 3 - Obstetric violence practices; 4 -Need for training on obstetric violence; 5 - Need for insertion of obstetric nurses; 6 - Need for physical restructuring and insertion of prepartum, delivery, and postpartum (PDP) rooms. **Conclusion:** Some participants demonstrated ignorance about the topic. The importance of the health team's knowledge about obstetric violence is highlighted to identify, intervene, and provide humanized care. Obstetric violence is favored by the lack of restructuring of the environment and materials, shortage of human resources, and work overload of professionals. It is considered opportune to promote training to help health professionals adopt evidence-based conducts. **Descriptors:** Violence Against Women; Midwifery; Humanizing Delivery; Patient Care Team; Pregnancy.

RESUMEN

Objetivo: Describir el entendimiento, la experiencia y las propuestas de un equipo de salud multidisciplinario sobre la violencia obstétrica. **Método:** Se realizó un estudio descriptivo cualitativo en una maternidad pública del interior de São Paulo. Se entrevistó a 43 profesionales de diferentes categorías. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. El análisis de datos se basó en el marco de análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** De los discursos transcritos surgieron las siguientes categorías: 1 - Desconocimiento de la violencia obstétrica; 2 - Informes de violencia obstétrica; 3 - Prácticas de violencia obstétrica; 4 -Necesidad de formación sobre violencia obstétrica; 5 - Necesidad de inserción de enfermeras obstétricas; 6 - Necesidad de reestructuración física e inserción de salas de parto, parto y posparto (PPP). **Conclusión:** Algunos participantes demostraron desconocimiento sobre el tema. Se destaca la importancia del conocimiento del equipo de salud sobre la violencia obstétrica, para que pueda identificar, intervenir y brindar atención humanizada. La violencia obstétrica se ve favorecida por la falta de reestructuración del entorno y materiales, escasez de recursos humanos y sobrecarga de trabajo de los profesionales. Se considera oportuno promover la formación para ayudar a los profesionales de salud a adoptar conductas basadas en evidencia. **Descriptores:** Violencia contra la Mujer; Partería; Parto Humanizado; Grupo de Atención al Paciente; Embarazo.

^{1,2,3,4,6}Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA. Marília (SP), Brasil. ¹ <https://orcid.org/0000-0002-2318-1399> ² <https://orcid.org/0000-0003-0602-5578> ³ <https://orcid.org/0000-0003-2785-8579> ⁴ <http://orcid.org/0000-0001-9276-219X> ⁶ <https://orcid.org/0000-0003-1105-4891>

⁵Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”/UNESP. Faculdade de Medicina de

*Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso da Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil <<Violência obstétrica: experiência da equipe multidisciplinar em saúde>>. Faculdade de Medicina de Marília/FAMEMA, 2019.

Como citar este artigo

Orso LF, Silva AL, Marques SRA, Mazzetto FMC, Jamas MT, Costa MCG. Violência obstétrica: experiência da equipe multidisciplinar em saúde. **Rev enferm UFPE on line.** 2021;15(2):e246960 DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246960>

INTRODUÇÃO

O termo “violência obstétrica”, internacionalmente utilizado como *disrespect and abuse ou mistreatment during childbirth*, foi designado para refletir as deficiências profissionais na atenção à saúde de gestantes. A violência obstétrica é definida como apropriação de processos corporais e reprodutivos pelo profissional de saúde, expresso por meio do tratamento desumanizado, abuso de medicamentos e abordagem de processos naturais na forma de eventos patológicos, corroborando a perda de autonomia e decisão das mulheres sobre os próprios corpos e a própria sexualidade, gerando impacto negativo sobre a qualidade de vida das mulheres.¹⁻²

A diretriz de cuidados intraparto da OMS recomenda para todas as mulheres, no ciclo gravídico-puerperal, o cuidado pautado em dignidade, privacidade e confidencialidade, garantindo a liberdade de escolha e das informações necessárias, ausência de danos e maus-tratos e apoio contínuo durante o trabalho e parto.³

A melhoria na qualidade e o acesso humanizado à saúde para as mulheres podem influenciar a redução dos índices de morbidade e mortalidade materna e neonatal.^{1,4-5}

Logo, cuidados respeitosos e dignos são condições fundamentais para toda mulher grávida, garantindo experiência positiva sobre a maternidade. Ainda assim, principalmente por questões culturais, o empoderamento das mulheres frente ao nascimento não é algo comum, e a forma ideal do cuidado nem sempre está presente no padrão dos atendimentos atuais.³

As experiências vividas durante a maternidade afetam diretamente a saúde das mulheres. Em diversos países, existem registros de situações de violência durante o parto, seja de forma física, abuso sexual, excesso verbal e discriminação. As mulheres mais jovens e com menos escolaridade são as mais afetadas, sugerindo desigualdades na maneira como são tratadas durante o parto.^{2,4-5}

Pesquisa realizada em 2010, pela Fundação Perseu Abramo, demonstra que 25% das mulheres que tiveram partos normais afirmaram ter passado por situações desrespeitosas e de maus-tratos durante o parto.⁶

O inquérito nacional Nascir no Brasil aponta modelo assistencial marcado por intervenções desnecessárias e, na maior parte das vezes, prejudiciais, expondo mulheres e crianças a iatrogenias. A ocitocina foi administrada em 40% das mulheres e 37% foram submetidas à manobra de Kristeller. Mais da metade das mulheres tiveram episiotomia e a maioria estava em posição de litotomia no momento do nascimento.⁷

A violência nos partos é menosprezada pelas relações de poder estabelecidas pelos profissionais de saúde sobre o corpo da mulher. As mulheres acabam por aceitar tudo que é imposto, pois não reconhecem a violência, acreditam que o profissional possui todo o conhecimento sobre o que devem ou não ser feito durante o processo de parição.⁸

Estudo realizado em hospitais públicos e privados no Brasil revelou que uma em cada quatro mulheres relata algum tipo de agressão no parto.⁹

Apesar de violência obstétrica ser temática contemporânea, outros estudos realizados revelam que o tema ainda é encoberto nos serviços de saúde, e que profissionais que presenciam essas situações ocultam e protegem o agressor, por medo de conflitos e inimizades.¹⁰⁻¹¹

Diante do exposto, é fundamental desvelar o entendimento, a experiência e as proposições da equipe, visto que implantar um modelo de assistência humanizado ao parto e nascimento ainda é um desafio nas instituições de saúde e aos profissionais. E, apesar dos avanços na discussão acerca dessa temática, pesquisas nacionais que desvelam o entendimento da equipe multidisciplinar ainda são escassas.¹²

OBJETIVO

Descrever a compreensão, a experiência e as proposições da equipe multidisciplinar em saúde em relação à violência obstétrica.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. O cenário escolhido foi um hospital público materno-infantil, situado em município brasileiro do interior paulista, referência para 62 municípios que atende às especialidades de pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínico-cirúrgica, em regime de internação hospitalar e atendimento ambulatorial, sendo referência para gravidez de alto risco e urgências materno-infantis. Desde 2002, faz parte da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC, do Ministério da Saúde do Brasil, o qual promove ações preconizadas por esta iniciativa, com enfoque no estímulo ao aleitamento materno e, desde 2017, faz parte do projeto Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.¹³⁻¹⁵

Participaram da pesquisa profissionais da equipe multidisciplinar em saúde, entre eles, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas fonoaudiólogos, médicos obstetras

assistentes, médicos residentes de obstetrícia e ginecologia, psicólogos e assistentes sociais atuantes nos períodos diurno e noturno e estudantes de graduação em medicina e enfermagem, após concordarem em participar da pesquisa e registrarem a anuência assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando 43 participantes.

Os dados foram obtidos mediante entrevistas individuais, guiadas por roteiro semiestruturado, elaborado pela pesquisadora principal. Realizaram-nas no período de junho a setembro de 2018, em ambiente privativo da instituição, sem a presença de outras pessoas, com auxílio de gravador, para garantir a fidedignidade do material coletado. O número de entrevistas realizadas foi estabelecido por critério de saturação, por ser estudo qualitativo, a pesquisadora não se preocupou com a quantificação dos participantes, mas com a representatividade das falas.

Para análise de dados, utilizou-se da técnica de análise de conteúdo de Bardin, modalidade temática, a qual consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obtenção de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de variáveis das mensagens.¹⁶

Seguiram-se os passos na análise a partir da perspectiva qualitativa, categorização, inferência, descrição e interpretação. Tais procedimentos não ocorrem de forma sequencial, costuma-se: a) decompor o material a ser analisado em partes; b) distribuir as partes em categorias; c) fazer descrição do resultado da categorização (expõem-se achados encontrados na análise); d) fazer inferências dos resultados (recorrendo-se a premissas aceitas pelos pesquisadores); e) interpretar resultados obtidos com base na fundamentação teórica adotada.¹⁶

As entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando-se a coloquialidade das falas. Para manter o anonimato dos participantes, os depoimentos foram identificados com as letras AE para auxiliar de enfermagem, AS para assistente social, EN para enfermeiro, ES para estudante, FI para fisioterapeuta, FO para fonoaudiólogo, MR para médico residente, MO para médico obstetra, PS para psicólogo e TO para terapeuta ocupacional, seguidas de numeração, como EN01, AE02, sucessivamente.

Reforça-se que a pesquisadora respeitou os aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, sendo o estudo desenvolvido e aplicado de acordo com os preceitos éticos das Resoluções nº 466/2012 e nº 580/2018, do Conselho Nacional de Saúde.¹⁷ A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA, mediante Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 85417318.6.0000.5413, conforme parecer nº 2.585.111.

RESULTADOS

Identificaram-se 10 categorias de profissionais, sendo 13 auxiliares de enfermagem (30,23%), nove enfermeiros (20,93%), seis médicos residentes de obstetrícia e ginecologia (13,95%), quatro obstetras (9,3%), dois assistentes sociais (4,64%), dois estudantes de graduação de enfermagem e medicina (4,64%), dois fisioterapeutas (4,64%), dois psicólogos (4,64%), dois fonoaudiólogos (4,64%), um terapeuta ocupacional (2,32%). Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 12 (27,9%) trabalham há um ano ou menos e oito (18,6%) há mais de 10 anos.

Categorias Temáticas

Com base nas falas posteriormente transcritas e nas questões norteadoras implementadas durante as entrevistas aos profissionais, evidenciaram-se as categorias temáticas apresentadas a seguir.

Categoria 1 - Desconhecimento da violência obstétrica

Alguns profissionais desconheciam o termo “violência obstétrica”. Questionaram se o termo se aplicava a casos de internações ou a gestantes estando em domicílio e até mesmo se o termo “violência obstétrica” estava relacionado a questões de abuso.

Violência obstétrica [...] Não pode pular? [...] Mas, você fala assim no caso da gestante estar internada ou estar em casa? Gente [...] não tenho a mínima ideia. (AE06, AE12, AE15, AE20, AE24, AE25)

Difícil hein, acho que nunca vi uma. É um tipo de abuso, no caso? Eu, sinceramente, nunca vi nada que eu julgasse como uma violência. (AE32)

Categoria 2 - Relato sobre violência obstétrica

Outros profissionais identificaram o que é violência obstétrica, relatando que são condutas praticadas sem embasamento científico, de forma inapropriada que poderiam ser evitadas. Que vão desde atitudes de abusos de poder, decisões sem o consentimento da mulher, verbalizações inadequadas dirigidas a ela e ausência de orientações.

Para mim, violência obstétrica é todo ato feito com a mulher no pré-parto, parto e pós-parto, que vá contra as mais novas evidências científicas. Qualquer coisa que é feita que não tem mais comprovação, que está ultrapassada ou que tem alguma dúvida de sua eficácia, eu acho que é considerado uma violência obstétrica. (MR33)

[...] Comentários maldosos, risinhos inconvenientes [...] pode vir da enfermagem, da equipe médica, alguém pode falar para ela “aí na hora de fazer, você não gritou”, “na hora de fazer, não doeu” [...]. (EN14)

A violência obstétrica é tudo aquilo que vai contra os direitos da mulher, não é só violência física, é violência psicológica também, a maneira de tratar a gestante e a puérpera e lesionar os direitos dela enquanto gestante. (EN22)

[...] Jejum sem indicação, jejum prolongado, só na base do soro, deixar a gestante privada no leito, sem poder se movimentar, sem ter indicação, fazer uma cesárea sem tentar primeiro o normal, já ir direto para cesárea, fazer que a gestante tenha o parto apenas em determinada posição, decúbito dorsal, com as pernas amarradas, sem que ela tenha o parto na posição que ela deseja ou que é mais fisiológico, [...] gritos, o tratamento com a gestante, humilhar, não responder a perguntas, não orientar sobre os procedimentos, realizar o toque vaginal por várias pessoas. (FI38)

Alguns profissionais referiram não terem presenciado práticas condizentes de violência obstétrica no ambiente de trabalho, com relatos curtos, objetivos e semelhantes.

Não, até o momento, não. (AE03, T004, AE06, P10, P11, AE12)

Categoria 3 - Práticas de violência obstétrica

A maioria dos profissionais entrevistados observava a ocorrência de condutas de violência obstétrica no ambiente de trabalho como posicionamento padrão, amarração das pernas, manobra de Kristeller, episiotomia sem indicação e laqueadura sem consentimento.

[...] Infelizmente, aqui tem um padrão de atendimento ao parto normal, a mulher, muitas vezes, é obrigada a ficar em posição de litotomia e não é livre para escolher a posição do parto, as pernas são amarradas, muitas vezes, são feitos procedimentos não mais considerados atuais, como a manobra de Kristeller, muitas vezes, já vi acontecer, é uma manobra que está proscrita, você tem mais malefícios que benefícios, não deve ser feita mais. A episiotomia, muitas vezes, é feita sem indicação, mas muitos profissionais acham que existe aquele caso da episiotomia seletiva, não de rotina, então, acabo vendo muitos casos de episiotomia. Fora alguns tratamentos com a mulher que já presenciei, como, por exemplo, a paciente que tem um filho de cada pai, muitas vezes, tem dois, três filhos, é cada um de um pai, eu já vi assistente ironizar isso [...] Adolescente, paciente, às vezes, muito jovem, “ano que vem tá aqui de novo”, “na hora de fazer tava bom”, “na hora de fazer, não era criança”. Muito triste isso. (MR33)

[...] Tem as manobras que são feitas no trabalho de parto sem necessidade [...] tem gente que mantém a paciente em jejum sem necessidade, que acaba restringindo a paciente ao leito, ou a uma posição, sem orientar que ela possa se movimentar, caminhar, e mesmo manobras, pressionar a barriga na hora de o bebê nascer, fazer episiotomia sem necessidade, colocar ocitocina sem necessidade, não respeitar o desejo

da mulher de às vezes escolher por parto vaginal espontâneo ou por uma cesárea, você tem que instruir ela para poder escolher com clareza, mas não é respeitado. Além de verbalizações, falas de forma rude, grosseira [...], você joga toda responsabilidade para cima dela, ao invés de apoiar. Já vi a mulher, por exemplo, num exame de toque repetidamente, e a mulher não querer que seja feito, e, aí, a pessoa já diz “ai, então, é assim, não vou examinar mais também, então, agora você vai ter o bebê sozinha”. Várias condutas que não são adequadas [...]. (EN35)

As falas dos estudantes de graduação em medicina e enfermagem, relacionadas à temática da violência obstétrica, referiram atitudes dos profissionais que realizavam a manobra de Kristeller durante o parto e, muitas vezes, procediam à laqueadura sem consentimento da mulher grávida.

[...] A maioria das violências foram nas cesáreas, também teve manobra de Kristeller, laqueadura sem consentimento, inclusive as enfermeiras perguntavam se laqueou e a médica fazendo a cesárea disse que não, mas laqueou. Além disso, muitos procedimentos sem consentimento da mulher, a mulher queria parto vaginal, estava evoluindo para isso, era a vontade dela, não tinha justificativa nenhuma para fazer cesárea, e fizeram a cesárea. No parto vaginal, amarram a perna da mulher, auxiliares impuseram “respira desse jeito, não do seu jeito”, enfim, a mulher tem que ser a protagonista do parto, e estavam tirando toda a autonomia dela, mandando fazer de um jeito, impondo condutas absurdas, ao invés de ajudar. (ES42)

Categoria 4 - Necessidade de capacitações sobre violência obstétrica

Alguns profissionais reconheceram a importância de capacitar a equipe de saúde atuante na condução do trabalho de parto e parto, para que se atualize com embasamento científico para modificar práticas e condutas.

Treinar a equipe, precisa ter treino. É muito difícil a questão com os médicos, eles querem impor muitas coisas, acho que uma capacitação, sei que com eles é difícil, mas a equipe mesmo, porque pela dinâmica, pelo número de pacientes, às vezes, eles esquecem de olhar para a mulher e é só mais uma sabe. (PS01, TO04, FO27, EN30)

[...] As pessoas deveriam se atualizar, grande parte da violência obstétrica acontece porque as pessoas não se atualizam, elas acham que o parto normal é uma receita de bolo, que todo parto tem que ser igual, como elas aprenderam na faculdade, então, acabam replicando o que elas veem os mais velhos fazendo [...]. Os meus professores aqui, meus assistentes aqui, eles não estão atualizados, e se a gente não corre atrás da informação, do que é novo, a gente acaba comprando isso, e a gente vai reproduzir a violência que eles fazem, e nem achar que é violência, é muito medicalizado, o parto é

muito medicalizado, falta o principal, é a atualização e a informação. (EN13, MR16, MR33)

Informar toda a equipe [...] Dar suporte para a equipe, uma equipe preparada para aquilo, pois a nossa equipe não é preparada para o parto. A equipe que trabalha hoje com isso é a equipe que trabalha com CC [Centro Obstétrico], e ninguém foi treinado especificamente para trabalhar com o Centro Obstétrico. (EN35)

Categoria 5 - Necessidade da inserção de enfermeiras obstetras

Alguns profissionais manifestaram nas falas a necessidade da atuação da enfermeira obstetra desde o trabalho de parto, parto e pós-parto, além de ressaltarem a importância desta para o serviço.

[...] Tinha que ter uma enfermeira obstetra para o pré-parto, parto e pós-parto, só para aquele setor, é primordial. Um funcionário destinado também somente para esse trabalho, que ele não tenha que se dividir com os outros setores, como é atualmente. (EN05, MO18)

[...] Que se tenha uma pessoa, um profissional especializado, que possa fazer todos os controles, que possa ficar mais próximo, e esse profissional, na verdade, é a enfermeira obstétrica. Porque a equipe de enfermagem sabe lidar com controles, e faz isso melhor que qualquer profissional, não só controles, mas essa coisa de estar perto, de fazer as coisas mais humanizadas. [...] um profissional capacitado para isso que só faria o serviço engrandecer. (MO26)

Categoria 6 - Necessidade de reestruturação física e inserção de quarto para Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP)

Sugeriram-se melhorias envolvendo a estrutura física do ambiente de atendimento às parturientes. Referiram que um ambiente improvisado, com estrutura física precária, interfere negativamente na condução do trabalho de parto e não condiz com as práticas de humanização do parto e nascimento.

A questão física é muito importante, a gente precisa de um pré-parto que possa fazer o trabalho de parto, o parto e puerpério no mesmo local, com a mesa adequada, que a paciente possa ter espaço físico adequado durante o trabalho de parto. Tem muitas opções para isso, desde chuveiro adequado, banheira, bola... que se sintam num ambiente mais acolhedor, a posição do parto que ela desejar, isso tudo é mais favorável quando o pré-parto, parto e puerpério são feitos todos no mesmo ambiente. (MO18)

Primeira coisa é estrutural, a gente não tem uma estrutura para ter parto normal, o nosso pré-parto é ridículo, tem dois leitos de pré-parto com um banheiro só, e é um pré-

parto mal localizado, as pessoas passam muito por ele, é em frente ao CC, uma escada, o acesso a ele é muito ruim, teria que ser um lugar mais apropriado, teria que ter mais leito de pré-parto, para a gente conseguir conduzir o trabalho de parto [...] Eu acho que a estrutura tem que melhorar muito, tanto de pré-parto, parto e pós-parto, é inadmissível um lugar que você só tenha uma sala de parto no meio de um CC, isso não faz o menor sentido, a sala de parto deveria ser uma sala totalmente diferente, totalmente fora desse ambiente cirúrgico, porque o parto normal não é doença, é fisiológico, então, a gente tinha que tratar isso com mais carinho, com mais atenção.
(MR33)

Um estudante de graduação trouxe na fala aspectos referentes à estrutura e carência de humanização dos leitos de pré-parto:

Várias coisas, como a estrutura do hospital, têm apenas dois leitos de pré-parto, um quarto com um banheiro, elas ficam praticamente jogadas ali. É um ambiente muito desumanizado para elas, precisa de uma estrutura melhor para um parto mais humanizado. (ES42)

DISCUSSÃO

Ainda que a maioria dos profissionais soubesse definir a compreensão sobre violência obstétrica, o presente estudo evidenciou que alguns dos entrevistados demonstraram desconhecimento sobre o tema. A categoria profissional de auxiliares de enfermagem foi a que demonstrou tal desconhecimento que, segundo a literatura, é fruto da própria resistência dos profissionais de saúde e do desconhecimento de outra forma de atendimento, configurando-se como obstáculos para implementação da humanização da atenção. Assim, a ausência de familiaridade com o tema caracteriza o distanciamento dos princípios da humanização.¹⁸⁻¹⁹

Parte dos profissionais definiu a violência obstétrica por meio de condutas que julgam como não indicadas, sem evidências científicas e atitudes contrárias e desrespeitosas aos direitos das gestantes. Algumas rotinas institucionais descumprem as boas práticas do nascimento, tornando as mulheres objetos do cuidado. Determinadas condutas adotadas ultrapassam as recomendações científicas para o atendimento em todo ciclo gravídico e puerperal, com abuso da tecnologia e desrespeito à fisiologia do nascimento.²⁰

Atos de humilhação, xingamentos, coação, constrangimento, piadas ou comentários desrespeitosos com a mulher e a grande ocorrência do não esclarecimento de dúvidas ou informações relevantes ao parto, ou procedimentos obstétricos sem autorização, vem ao encontro do descrito na literatura. Práticas cotidianas discriminatórias e desrespeitosas na assistência são reconhecidas pelos profissionais e esperadas pelas mulheres durante a assistência

nas maternidades. A assistência obstétrica torna-se cada vez mais banalizada, mesmo tratando-se de temática tão importante, as intervenções e mudanças propostas acabam não sendo efetuadas.^{10,18-20}

Apesar de alguns participantes referirem não ter presenciado práticas de violência obstétrica, pois muitos não atuavam diretamente na sala de parto, local onde a maioria das violências ocorre, grande parte observou a ocorrência deste evento e soube conceituá-la. Destacaram-se condutas como posicionamento litotômico preestabelecido, manobra de Kristeller, episiotomia, jejum prolongado, uso de ocitocina, laqueadura não consentida e cesariana sem indicação. Os profissionais conseguiram definir o que é violência obstétrica, mesmo que de maneira superficial, e reconheceram que ela não deveria existir nas instituições, no entanto, foi relatada como prática comum.¹⁹

Estudo realizado com estudantes de graduação evidenciou que, de modo geral, estudantes da área da saúde têm pouco conhecimento sobre essa temática.²¹ O desconhecimento sobre o assunto pode resultar em inferências sem o conhecimento científico, corroborando resultados deste estudo.

Os entrevistados do presente estudo sugeriram que, para a não ocorrência dos casos de violência obstétrica, deveriam ser ofertadas capacitações e atualizações sobre o assunto. O reaprendizado dos profissionais de saúde seria o passo inicial e a formação desses profissionais deve estar pautada no saber científico, encorajando a confiança na fisiologia do corpo da mulher e na condição natural do nascimento, também fornecendo respaldo científico e legal para condutas necessárias no parto. A assistência que viola os direitos básicos das mulheres está enraizada no país no modelo de parto vigente, e é crescente pela falta de fiscalizações nas instituições pelo sistema de saúde e pela formação insatisfatória de alguns profissionais. São necessárias mudanças, para que haja garantia da efetivação do olhar humanizado desde a formação até as práticas dos profissionais.^{18-19;22-23}

A inserção de enfermeira obstétrica no ambiente estudado foi citada como primordial, enriquecedora e humanizadora. A atuação da enfermeira obstetra ajuda a reduzir intervenções desnecessárias e contribui para o cuidado mais integral.²² A participação da enfermeira obstetra é recomendada pela Organização Mundial da Saúde, pela prática baseada em cuidados, e não em intervenções, contribuindo para redução dos altos índices de mortalidade materna, de modo a minimizar a situação crítica de saúde da mulher no Brasil.²³⁻²⁴

Alguns entrevistados destacaram que a estrutura física do serviço contribui para ocorrência dos casos de violência obstétrica. O Centro Obstétrico da instituição onde foi realizado o presente estudo encontra-se desativado por falta de recursos humanos e materiais, em razão da crise

econômica institucional. As camas de pré-parto encontram-se em um quarto da unidade obstétrica e os partos vaginais espontâneos, muitas vezes, ocorrem nas próprias camas e/ou no centro cirúrgico. Existe despreparo institucional para receber as gestantes, o que comprova que, sem estrutura adequada, o serviço é prejudicado, refletindo na atuação do profissional, além da exposição a condições precárias, caracterizada, também, como violação dos direitos dos profissionais de saúde.¹⁸⁻¹⁹

CONCLUSÃO

Evidenciou-se desconhecimento sobre a temática da violência obstétrica, alguns profissionais não identificaram as ações condizentes com tal prática. Grande parte reconheceu práticas não favoráveis ao atendimento obstétrico e que condutas impróprias ou mal aplicadas rotineiramente ainda eram fortemente reproduzidas, contribuindo para o detrimento da autonomia das mulheres sob os próprios corpos. A reprodução da violência obstétrica ainda se mantém forte no Brasil e são necessárias estratégias que visem segurança e respeito aos direitos éticos das parturientes, em que as práticas recomendadas sejam efetivadas nas instituições públicas que prestam atendimento materno-infantil.

Observou-se, ainda, que a prática da violência obstétrica era favorecida pela escassez de reestruturação do processo de trabalho, bem como pelas más condições e pela sobrecarga de trabalho. Assim, a humanização da assistência configura-se como recurso pode contribuir para redução destas influências. Portanto, considera-se oportuna a promoção de capacitações que aproximem os profissionais de condutas baseadas em evidências científicas, fomentem a sensibilização na formação profissional quanto às questões físicas e emocionais, de modo a potencializar o cuidado pautado na integralidade do ser humano e garantido a todas parturientes.

Ademais, julga-se fator contribuinte para a assistência humanizada a inclusão de profissionais devidamente preparados para oferecer cuidado fundamentado no bem-estar da pessoa, sendo um destes a enfermeira obstetra. É fundamental que as instituições públicas que prestam assistência materno-infantil valorizem a atuação da enfermagem obstétrica no serviço e da equipe multidisciplinar, sendo preciso investir em estratégias de qualificação profissional, para que a equipe esteja apta para prestar assistência humanizada. Logo, este estudo propõe que mais pesquisas acerca da temática debatida sejam realizadas com a equipe multidisciplinar.

CONTRIBUIÇÕES

Informa-se que todos os autores contribuíram igualmente na concepção do projeto de pesquisa, coleta, análise e discussão dos dados, bem como na redação e revisão crítica do conteúdo com contribuição intelectual e na aprovação da versão final do estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Lansky S, Souza KV, Moraes ER, Oliveira BF, Diniz S, Vieira NF, Cunha RO, Friche AAL. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. Cien Saude Colet [Internet]. 2018 [cited 2018 May 27]; 24(8):2811-24. DOI: 10.1590/1413-81232018248.30102017
2. Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 18]; 1:1-5. DOI: 10.1016/j.eurox.2019.100007
3. World Health Organization: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 03]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
4. Jojoa-Tobar E, Cuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Campo AMP, Suarez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 18]; 51(2):135-146. DOI: 10.18273/revsal.v51n2-2019006
5. Bohren MA, Hedieh Mehrtash MPH, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. Lancet [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 18]; 10210(394):1750-63. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0
6. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 18]; 21(60):209-20. DOI: 10.1590/1807-57622015.0896
7. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 18]; 30(Suppl 1):1. DOI: 10.1590/0102-311XED01S114
8. Nascimento SL, Pires VMMM, Santos NA, Machado JC, Meira LS, Palmarella VPR. Conocimiento y vivencias de violencia obstetrica en mujeres que han vivido la experiencia del parto. Enfermeria Actual de Costa Rica [Internet]. 2019 [cited 2021 Aug 18]; 37:66-79. DOI: 10.15517/revenf.v0ino.37.35264

9. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. [Internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010 [cited 03 Jul 2021]. Available from: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf
10. Rodrigues DP, Alves VH, Souza RMP, Mattos R, Dulfe PAM, Vieira BDG. Obstetrical violence as practice in health care to woman during labor: reflective analysis. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2016 Mar 17]; 9(5):1-7. DOI: 10.5205/1981-8963-v9i5a10613p8461-8467-2015
11. Maia RS, Maia EMC. Prevalence of violence and related aspects: preliminary study of older adults. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 10]; 9(Supl. 7):8961-8. DOI: 10.5205/1981-8963-v9i7a10686p8961-8968-2015
12. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. The humanization of birth: perception of health professionals working in the delivery. Rev Gaucha Enferm [Internet]. 2011 [cited 2021 Jul 13]; 32(3):479-86. Available from: www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/07.pdf
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13.ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto para qualificar a atenção obstétrica e neonatal é lançado pelo Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Mar 16]; Available from: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29345-projeto-para-qualificar-a-atencao-obstetrica-e-neonatal-e-lancado-pelo-ministerio-da-saude>
15. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília. [Internet]. Marília: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Marília; 2016 [cited 2021 Aug 18]. Available from: <http://hc.famema.br/unidades-assistenciais/>
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2012.
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2021 Aug 18]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
18. Souza AB, Silva LC, Alves RN, Alarcão ACJ. Factors associated with obstetric violence: An integrative review of the literature. Rev Ciênc Méd [Internet]. 2016 [cited 2021 Aug 18]; 25(3):115-28. DOI: 10.24220/2318-0897v25n3a3641
19. Cardoso FJC, Costa ACM, Almeida MM, Santos TS, Oliveira FBM. Institutional obstetric violence in birth: perception of health professionals. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2017 [cited 2018 Apr 16]; 11(9):8. DOI: 10.5205/reuol.11088-99027-5-ED.1109201704

20. Dias RL, Silva AA, Pereira BB, Pereira JSC, Azevedo MB, Gomes SKC. Violência obstétrica: perspectiva da enfermagem. Rev Rede Cuid Saúde [Internet]. 2015 [cited 2021 Jul 13]; 9(2):1-4. Available from: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2686/1318>
21. Borges MO, Rocha WP. Conhecimento dos estudantes da área da saúde sobre violência obstétrica. UniCEUB [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 13]; 1:1-31. Available from: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/11452/1/21317523.pdf>
22. Silva MG, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, Shimo AKK. Obstetric violence according to obstetric nurses. Rev Rene [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 18]; 15(4):820-8. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000400020
23. Oliveira VJ, Penna CMM. Ethos and pathos in the delivery room. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2017 [cited 2021 Aug 18]; 38(2):e67761. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.02.67761
24. Ramos WMA, Aguiar BGC, Conrad D, Pinto CB, Mussumeci PA. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 18]; 10(1):173-9. DOI: 10.9789/2175-5361

Correspondência

Livia Faria Orso

E-mail: livia_orso@hotmail.com

Submissão: 16/07/2020

Aceito: 02/07/2021

Copyright © 2021 Revista de Enfermagem UFPE on line.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob a Atribuição CC BY 4.0 [Creative Commons AttributionShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), a qual permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.