

Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto

Angélica de Cássia Bitencourt ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-3516-9688>

Samanta Luzia de Oliveira ²

 <https://orcid.org/0000-0001-9572-2054>

Giseli Mendes Rennó ³

 <https://orcid.org/0000-0002-7359-4239>

¹⁻³ Departamento de Enfermagem. Faculdade Wenceslau Braz. Av. Cesário Alvim, 566. Centro. Itajubá, MG, Brasil. CEP: 37.501-059. E-mail: angelicabitencourt@gmail.com

Resumo

Objetivos: conhecer a percepção de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto.

Métodos: a pesquisa foi de abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram 22 profissionais que prestam ou prestaram assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto. A amostra foi definida pela saturação de dados. A análise dos dados coletados foi realizada utilizando a proposta de análise de conteúdo de Bardin.

Resultados: foram identificadas cinco categorias, os profissionais salientaram a existência de um processo de mudança na assistência ao parto e a importância de respeitar a fisiologia e intervir quando necessário. Ficou evidente que a violência verbal é uma das formas mais recorrentes de violência obstétrica. Os fatores apontados como determinantes para a existência da violência foram a interação parturiente e equipe, falta de preparo do profissional e os problemas institucionais. Mesmo com diversas falas sobre a violência obstétrica, alguns profissionais salientaram não vivenciar na prática.

Conclusões: percebe-se a necessidade de investir em estratégias para inibir a violência obstétrica e humanizar a assistência por meio de capacitação dos profissionais e orientação das mulheres sobre os seus direitos.

Palavras-chave Parto humanizado, Violência contra a mulher, Violência obstétrica, Humanização da assistência



Introdução

O nascer de um filho é muito importante e expressivo, pois tem relação direta com a renovação da vida e é uma das experiências mais intensas na vida da mulher. A assistência oferecida à parturiente contribui diretamente na vivência positiva ou negativa deste processo de parturição e tem efeitos marcantes sobre a vida da mãe e do bebê. Sendo assim, o profissional deve ter como foco do cuidado as necessidades da mulher, levando em conta os seus direitos, autonomia e protagonismo.^{1,2}

Os direitos das mulheres no ciclo gravídico-puerperal muitas vezes têm sido infringidos pelas instituições e profissionais de saúde, caracterizando assim a violência institucional. A assistência obstétrica vigente atualmente é permeada pela impossibilidade das mulheres exercerem sua autonomia e também pela elevação de intervenções técnicas, tecnológicas e uso da cirurgia cesariana.²⁻⁴

A violência institucional que ocorre nas maternidades é denominada violência obstétrica, termo usado para todas as formas de violência e danos que ocorrem durante a assistência obstétrica. Caracteriza-se por desrespeito aos direitos da mulher e apresenta várias formas como: a omissão, a negligência, a violência física, a psicológica, abusos sexuais, uso de intervenções e medicamentos sem evidências científicas e outras situações que geram sofrimento para as mulheres e podem prejudicar o seu filho.^{5,3,6}

Podem ser responsáveis pela violência obstétrica os diversos profissionais envolvidos no ciclo gravídico-puerperal, mas os principais são os médicos e a equipe de enfermagem, pois são os responsáveis pela assistência oferecida ao binômio mãe-feto. A violência está presente independente da via de parto adotada, podendo ocorrer no parto vaginal ou operatório.^{7,8}

A assistência inadequada à mulher contribui de forma significativa para a morbimortalidade de mulheres e crianças. A Organização Mundial da Saúde estima que entram em óbito cerca de 295 mil mulheres no mundo todos os anos em consequência de complicações relacionadas à maternidade.^{9,10}

Para a humanização da assistência é necessário a incorporação das boas práticas durante o pré-natal, trabalho de parto e puerpério. De acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a atenção à mulher deve promover autonomia, respeito aos direitos, apoio com empatia, estímulo ao emprego de métodos não invasivos e não farmacológico para o alívio da dor, liberdade de posição, atitudes baseadas nas evidências científicas e permanente atualização profissional.¹¹

Diante da importância da assistência humanizada durante toda gestação e trabalho de parto e parto, fez-se necessário responder a seguinte indagação: qual a

percepção dos profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto sobre a violência obstétrica?

Responder à indagação poderá auxiliar os acadêmicos e profissionais da área da saúde, que oferecem assistência à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido, a compreender o fenômeno violência e a importância da humanização para a garantia da saúde do binômio e para a prevenção da violência obstétrica. Pretende-se, com a divulgação dos dados, melhorar a assistência oferecida à mãe e ao recém-nascido. Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto.

Métodos

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, exploratório e transversal. A pesquisa foi desenvolvida no município de Itajubá, situado no sul do estado de Minas Gerais. Os participantes foram 22 profissionais que prestam ou prestaram assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto. Estavam incluídos enfermeiros, enfermeiros obstétricos, técnicos de enfermagem e médicos obstetras, que atuam no serviço público ou privado. O tamanho da amostra foi determinado pela saturação de dados, quando as autoras identificaram redundância ou repetição das informações¹². A amostragem nesta pesquisa foi proposital ou intencional.

Os critérios de elegibilidade foram os seguintes: ter experiência com a assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto no ambiente hospitalar, tendo realizado duas ou mais assistências; ter prestado assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto no município do estudo; ter prestado assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto após 2015, ou seja, após a adesão municipal à Rede Cegonha. Os critérios de exclusão foram os seguintes: ter prestado assistência à mulher durante parto domiciliar e ter prestado assistência apenas a mulheres submetidas à cesárea.

A coleta de dados foi feita no período de julho a setembro de 2018. Para encontrar os profissionais foi utilizado a técnica *Snow Ball* ou Bola de Neve. Para aplicar a coleta de dados por *Snow Ball*, o primeiro participante da pesquisa indicou o próximo e assim sucessivamente.¹²

No dia da entrevista foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a entrevista somente teve início após a autorização e assinatura do documento. A coleta dos dados foi realizada por meio do preenchimento de um formulário sobre a caracterização pessoal e profissional do participante e continha as seguintes variáveis: sexo, gênero, idade, profissão, titulação máxima e tempo de atuação na assistência ao

trabalho de parto e parto. Após foi realizado a entrevista semiestruturada gravada com a seguinte pergunta norteadora: “Qual a sua percepção sobre a violência obstétrica na assistência ao trabalho de parto e parto?”

Os dados coletados nas entrevistas gravadas foram transcritos na íntegra e analisados utilizando a proposta de análise de conteúdo de Bardin. As diferentes etapas da análise se estabelecem em três polos, os quais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.¹³

Na pré-análise foi realizada a organização dos dados, um momento que tem como objetivo sistematizar as ideias. Primeiramente foi realizada uma leitura flutuante dos dados, o que permitiu formar contato com os mesmos e assim conhecer o texto, formando impressões e orientações. Após a leitura exaustiva dos dados iniciou-se a próxima, com a identificação dos códigos. Com os códigos definidos estabeleceu-se a categorização, momento de classificar os dados por diferenciação e após por reagrupamento segundo os critérios estabelecidos na fase anterior.¹³

Para manter o anonimato, os participantes foram identificados pela letra P da palavra profissional, seguida pelo número cardinal sequencial conforme a ordem das entrevistas. Este artigo faz parte da pesquisa intitulada “Significado e percepção de violência obstétrica para os profissionais que atuam na assistência ao trabalho de parto e parto”. O estudo seguiu os preceitos instituídos pela Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Wenceslau Braz, da cidade de Itajubá-MG, sob o parecer 2.401.429, CAAE 80069417.3.0000.5099.

Resultados e Discussão

O perfil dos profissionais foi de 16 mulheres (72,7%) e 6 homens (27,3%). A faixa etária predominante foi de 31,9% com 28 a 33 anos, seguido pela faixa de 22 a 27 anos (27,3%), 46 a 51 anos (13,6%). A idade média foi de 36,3 anos. Quanto à profissão, houve o predomínio do técnico de enfermagem com 45,5%, seguido pelo médico com 31,8% e enfermeiro com 22,7%. O tempo médio de prestação de assistência a mulher durante o trabalho de parto e parto foi de 9,7 anos. Em relação ao tipo de serviço, 5 (22,7%) pertenciam ao serviço privado e 17 (77,2%) ao serviço público.

Foram elencadas as seguintes categorias: 1) Processo de mudança, 2) Respeitar a fisiologia e intervir quando necessário, 3) Efeito agressivo das palavras e Fruto da interação parturiente e equipe, 4) Falta de preparo dos profissionais e Problemas institucionais, e 5) Do não reconhecimento aos danos.

Processo de mudança

Os profissionais salientaram a existência de um processo de mudança na assistência ao parto a partir da incorporação de atitudes e práticas de humanização. A violência obstétrica permeia a assistência obstétrica há anos, mesmo que a mulher não tenha vivenciado a violência durante o seu ciclo gravídico-puerperal, ela ouve os relatos de outras pessoas.

“Eu nunca presenciei uma violência, mas soube a história da minha mãe, como eu disse, eles simplesmente fizeram com que minha mãe não quisesse ter mais filhos [...]” (P19)

A prática obstétrica tem sofrido mudanças expressivas nos últimos 20-30 anos, com destaque no incentivo do uso das propriedades naturais e fisiológicas do processo parturitivo. Passou a serem questionados vários procedimentos, devido a falta de evidências científicas e por ocasionarem desconforto à mulher. O ambiente também tem sofrido alterações, tornando-se mais acolhedor, permitindo que a mulher e sua família possam participar e expressar expectativas.¹⁴

Conforme a fala dos participantes, embora a violência obstétrica esteja presente na assistência há muitos anos, existe um esforço para promover a mudança e humanizar a assistência. O processo de humanização tem garantido benefícios à mulher devido a disseminação de informações, as pesquisas sobre a temática, o preparo profissional e conscientização das mulheres.

“Hoje se tem optado pelo parto humanizado e tem dado mais certo, a paciente tem entendido que só demora um pouco mais do que um parto com medicação e que o trabalho de parto é um pouco mais lento, mas a paciente tem entendido isso e sentido que é melhor ficar num local mais aconchegante, pode ter o acompanhante ali, isso tudo ajuda e deixa a paciente mais tranquila.” (P2)

“Hoje em dia a meu ver diminuiu muito devido aos noticiários e políticas que norteiam a segurança da mulher. Antigamente a violência obstétrica era comum em instituições de saúde.” (P9)

“Então, os profissionais de hoje em dia estão mais ligados nos recursos que a sociedade tem, como internet, uma rede imensa de pesquisas nesse ramo, então os profissionais estão entrando no ramo de obstetria, já tendo uma vivência de tudo isso, de como se deve fazer [...]” (P17)

Entretanto, alguns profissionais afirmaram que são necessárias melhorias, pois ainda há mulheres sofrendo violência obstétrica.

“O processo de humanização no trabalho de parto e parto já melhorou bastante, antigamente este era um problema mais grave. Contudo ainda precisa de cuidado, pois há mães ainda que sofrem com isso.” (P7)

“A violência obstétrica ainda ocorre de forma significativa nos ambientes hospitalares, causando constrangimento à mulher; porém isso pode mudar proporcionando a mulher um trabalho de parto e parto de forma harmoniosa.” (P10)

O modelo de assistência humanizada propicia às mulheres familiaridade com o processo de nascimento e tem como finalidade a diminuição dos percentuais de cesáreas e morbimortalidade materna e perinatal.¹⁵ Porém, atualmente ainda é possível verificar que as mulheres passam por várias práticas desrespeitosas na assistência ao parto e nascimento, associadas ao uso excessivo de tecnologias.^{15,16}

Respeitar a fisiologia e intervir quando necessário

Narrativas de diversas partes do Brasil mencionam o emprego rotineiro de ocitocina, rompimento artificial da bolsa e a dilatação manual do colo para apressar a dilatação, acompanhada de comandos de puxos, episiotomia, manobra de Kristeller e fórceps para acelerar o período expulsivo. Quando essas manobras não resultam na saída do recém-nascido pela vagina ou caso haja suspeita de sofrimento fetal, utiliza-se a cesárea.¹⁷

Como consequência desse modelo de atenção, o processo de parir deixa de ser visto como um evento de caráter individual e fisiológico e torna a ser um momento de experiências muitas das vezes negativas. Nesse contexto, os profissionais visualizam o processo parturitivo como um fenômeno patológico e adequado para intervenções.¹⁸

Os profissionais afirmam a importância de respeitar a fisiologia e intervir quando necessário, abandonando práticas mecanizadas e rotineiras. De acordo com o participante P18, o mecanicismo na assistência possibilitou que a violência obstétrica se tornasse frequente e vista como algo natural.

“O mecanicismo na assistência ao paciente infelizmente permitiu com que violências como à obstétrica se tornasse frequente e algo visto como natural durante o processo. Mas com a humanização esse cenário vem mudando a cada dia permitindo mais segurança e qualidade para mãe e filho nesse período.” (P18)

Evidencia-se nos discursos a seguir que em situações específicas, durante o trabalho de parto, o médico deve tomar atitudes que preservem a vida da mãe e do bebê. Para eles, práticas consideradas intervencionistas, quando utilizadas de maneira adequada, garantem benefícios.

“E outra coisa o parto via vaginal apesar de ser o parto fisiológico, que dá menos risco do que um parto cirúrgico, mas tem situações que são perigosas, as vezes rompe um vaso, hemorragia, você tem que agir rapidamente, se você não ter conhecimento técnico para fazer isso como é que faz? [...]” (P5)

“[...] é uma situação que o principal de tudo é o bom senso e o respeito que você tem que ter com outra pessoa e mostrar para ela que aquilo que você está fazendo é necessário e se realmente é necessário, porque também não pode ser taxativo e ponto final isso não pode fazer.” (P5)

Existem evidências científicas de que várias práticas na assistência ao trabalho de parto causam melhores resultados obstétricos, e são satisfatórias para a diminuição de resultados perinatais negativos, quando utilizadas com indicação. Uma parte importante das complicações que podem acontecer ao longo do trabalho de parto e no momento do parto pode ser diminuída por atenção obstétrica apropriada, realizado com o emprego adequado de tecnologia. Todavia, o uso inadequado de tecnologias ou a realização de intervenções desnecessárias pode acarretar prejuízos para a mãe e seu filho.¹⁹ Sabe-se que um dos fatores relacionados com as taxas de prematuridade são a indução e realização de cesáreas desnecessárias.¹⁷

Efeito agressivo das palavras e Fruto da interação parturiente e equipe

A violência verbal é caracterizada pelo uso de frases ofensivas, repreensões, ameaças contra a mãe e seu bebê durante o trabalho de parto. São frequentes pelos profissionais as alterações no tom da voz, o uso de palavras que geram humilhação, jargões pejorativos e piadas. Embora diversos profissionais sejam contrários a tal atitude, a agressão verbal ainda esta presente na assistência.²⁰

Pesquisa realizada em maternidades da cidade de Natal observou que, comentários inadequados, realizados por alguns profissionais de saúde, traduzem uma assistência pouco humanizada. Foi relatado pelas parturientes a existência de crítica profissional sobre o ato de gritar ou gemer durante o trabalho de parto. Aquelas que confirmaram ter emitido gritos e gemidos, passaram

por momentos de intimidação, ameaça de serem deixadas sozinhas, além de serem duramente questionadas.²¹

Corroborando com a literatura, ficou evidente que dentre as tantas formas de violência existentes contra as gestantes no momento do parto, uma das mais recorrentes é a violência verbal. Essa questão pode ser observada na fala dos profissionais P3 e P12, ao defender que a mulher deve ter a liberdade de expressar durante o parto, pois se há dor é normal que existam gritos.

“Acho que as palavras também têm um efeito agressivo em relação ao parto, na forma como elas são ditas, por exemplo, tem muito obstetra que fala assim “quando fez não doeu nada, agora vai sair vai doer”, tipo da sentença fulminante em cima da gestante.” (P3)

“Acho que a mulher não deve ser xingada durante o parto caso ela grite ou haja de outra forma expressando a dor que está sentindo, considero ignorância e falta de respeito o profissional que se comporta dessa maneira.” (P12)

Portanto, pode-se compreender que muitas vezes o uso de frases pejorativas e repressoras são usadas erroneamente por profissionais que entendem isso como uma forma de exercer autoridade. Durante o parto, a mulher necessita de atenção e empatia, e quando isso falta, o desfecho se torna desfavorável, tornando-se uma experiência negativa.²¹

Há dificuldade na implantação do modelo humanizado de assistência ao parto e nascimento porque além de serem necessárias modificações das práticas e protocolos, é importante rever as relações entre a equipe profissional, parturientes e familiares.²²

As ocasiões de violência mais dificilmente notadas ocorrem na área das relações entre profissionais e pacientes, envolvem a discriminação e perda da autonomia. Essas formas de violência são geralmente concebidas em falas grosseiras, desrespeitosas para com as parturientes e em desatenção quanto às necessidades de analgesia e uso adequado de tecnologia.⁷

A interação parturiente e equipe é estabelecida como indispensável para a existência ou não de violência obstétrica. Percebe-se na fala que a violência obstétrica ocorre por meio da forma inadequada de abordar a mulher, desconsiderando a sua dor e receios de ser assistida.

“Eu acho que é o jeito de tratar a gestante, tem gente que é estúpido “veio com dor?” “Não podia esperar mais tempo em casa para dilatar e vir com dilatação boa?” “É um dedo só, por que você veio agora?” (P3)

Estudo realizado em maternidades da região de São Paulo identificou dificuldades na interação dos profissionais com as pacientes. Alguns profissionais apontaram uma concepção de usuárias do serviço público como ignorantes, com dificuldades de entendimento do que é dito e com uma sexualidade difícil de ser controlada.⁷

Percebeu-se um discurso marcado pela crença do profissional acerca do escasso conhecimento das pacientes e seus acompanhantes. Destaca-se ainda, a visão penosa da atuação do médico que fica de plantão na maternidade, pois entrará em contato com pessoas “ignorantes”.

“Agora o plantonista coitado, tenho muito dó de plantonista porque ele pega ali situações às vezes de pessoas ignorantes pessoas que ela nunca viu na frente já chega ali na confusão. Outro dia teve um marido de uma paciente que chutou a parede da maternidade, fez um furo na parede, depois ele teve que pagar a conta. Mas você vê como o médico de plantão às vezes sofre, porque o grau às vezes de ignorância é muito grande. Não valorizam o trabalho do médico de plantão [...]” (P4)

Para uma boa relação, é necessária confiança e igualdade entre os envolvidos. Nas falas evidencia-se que o ideal seria o profissional que acompanha a gestante durante o pré-natal, também assisti-la durante o trabalho de parto e parto.

“O futuro do Brasil seria quem faz o pré-natal faz o parto, ou se não uma harmonização grande da equipe toda.” (P3)

“A violência ocorre muitas vezes quando a paciente não conhece o médico e a relação não é muito boa e aí surgem então as violências obstétricas, acompanho minhas pacientes desde a primeira consulta de pré-natal.” (P4)

A relação entre os profissionais da equipe de saúde também é identificada por alguns participantes como fatores importantes para a experiência ou não de violência obstétrica.

“A violência ela não se dá quando uma equipe é sincronizada, faz o trabalho junto, bem coordenado não existe violência obstétrica, a violência obstétrica existe quando não tem esse acompanhamento bom, a paciente não é bem informada.” (P4)

Pesquisa feita em maternidades pertencentes à rede pública da região Centro-Oeste de Minas Gerais, tornou evidente os limites determinados pela hierarquia

médico/enfermeiro na instituição hospitalar, limitando e controlando o seu espaço na assistência ao parto.²³ No topo da hierarquia situa-se o médico, sendo visto como aquele que possui maior autoridade técnico-científica.⁷

É necessário o trabalho em equipe, pois, o cuidado ao ser humano é uma atividade complexa e, por isso, necessita da inclusão de saberes e práticas de diversas categorias profissionais, gerando novas maneiras de prestar a assistência. O trabalho interdisciplinar permite à equipe oferecer uma assistência integral.²⁴

Falta de preparo dos profissionais e problemas institucionais

Trabalho de revisão integrativa sobre a violência obstétrica identificou que os temas mais discutidos nos estudos analisados foram o despreparo institucional e a formação profissional. O reduzido conhecimento sobre a prática baseada em evidências favorece a prática mecanizada e a visão da mulher como objeto.²⁰

Os achados da pesquisa corroboram com os do estudo acima, visto que diante do contexto de violência obstétrica, os entrevistados perceberam como um fator determinante a falta de preparo do profissional para saber lidar com as várias situações encontradas na assistência.

“Eu acho que às vezes é falta de informação na faculdade, o jeito que é ensinado, porque muitas vezes o médico faz aquilo que é ensinado para ele, na vida acadêmica ele aprendeu que seria daquele jeito. É mudar lá na base de ensinar e é o que está mudando agora, os cursos de ginecologia e obstetrícia estão pegando bastante nessa área do cuidado, do parto humanizado, porque acaba ensinado a como tratar e como lidar, porque às vezes pode fazer sem ter a noção de que aquilo é uma violência porque ele foi ensinado a fazer aquilo, isso é multiprofissional, tanto a enfermagem, a pediatria também.” (P2)

“Por isso que eu falo que a violência maior é essa de você não ter preparo para aquilo que está fazendo [...]” (P5)

A assistência que viola os direitos das mulheres está atrelada ao modelo de parto em vigência no país, que é sustentado por falhas de um sistema de saúde que não busca realizar as fiscalizações necessárias nas instituições e pela formação deficiente de alguns profissionais.¹⁸ A violência contra a mulher pode ser influenciada pela falta de preparo institucional em diversos fatores, como: formação precária, falta de educação permanente em saúde, dificuldades estruturais, desordem dos serviços, práticas baseadas em evidências científicas e diretrizes assistenciais.^{16,25}

Nessa categoria os participantes assinalaram que os problemas institucionais contribuem para a existência da violência obstétrica, destacando a falta de ambiente e recursos adequados, além da superlotação e presença de poucos profissionais. Os profissionais salientaram que para garantir a qualidade de atenção à mulher, a maternidade deve ter estrutura física adequada e recursos humanos suficientes e capacitados.

“Já aconteceu muitas vezes eu estar em cesárea e estar tendo um parto normal na maternidade e eu ter que me dividir no meio, eu acredito que o parto normal pode ser feito pela enfermeira obstétrica, ou pode ser feito pelo acadêmico, e a minha preocupação está ali, porque teve um que foi por cesárea e eu chego e vejo que o parto não ocorreu tão bem como esperava, porque o movimento é grande. Já aconteceu de nascerem treze partos numa noite, nem sempre você consegue dar assistência para todo mundo, você tem que designar cada pessoa.” (P3)

“Então eu acho que a violência maior é justamente você não ter condições mínimas para o paciente ser assistido, tem que começar tendo uma boa maternidade, profissionais formados e capacitados, isso vai se traduzir em segurança.” (P5)

Investigação executada em maternidades da região de São Paulo, evidenciou como dificuldades encaradas para a realização da assistência a lotação do serviço de saúde, a situação estrutural e a carência de recursos materiais e humanos. Essas dificuldades implicam na falta de anestesistas de plantão para execução de analgesias de parto, como também no impedimento da presença de acompanhantes masculinos na sala de pré-parto, sob a justificativa do pouco espaço físico que permita a privacidade das outras pacientes.⁷

Do não reconhecimento aos danos

Embora a violência seja um fenômeno em ascensão, tendo espaço na sociedade e na mídia, ela ainda é velada, de modo especial nos serviços de saúde, nos quais profissionais convivem com situações de poder e gênero e protegem o agressor ou escondem os fatos, por temer criar conflitos e inimizades.²²

Observou-se que embora haja diversas falas sobre a violência obstétrica, alguns profissionais salientaram não vivenciar na instituição onde trabalham. O entrevistado P5 salienta perceber violência como um termo forte para definir condutas, pois, acredita que o uso dessa palavra é uma tentativa de rotular.

“Eu não tenho muita experiência com violência obstétrica porque não ocorre comigo [...]” (P4)

“Eu sinceramente acho violência uma palavra muito forte, violência obstétrica, as pessoas têm essa mania de tentar rotular, eu não vejo isso [...]” (P5)

A violência obstétrica é compreendida como um termo forte e depreciativo e tem ocasionado indignação na classe médica obstétrica, por ter a crença de que o termo sinaliza certa hostilidade com essa categoria profissional e pode colaborar para anular todos os progressos técnicos incorporados pela assistência médica.²⁶

Comprova-se a existência de uma violência velada e encoberta pela naturalização ideológica do exercício do poder profissional sobre o paciente.²⁰ Os comportamentos autoritários, emprego de palavras pejorativas, ameaças e censuras contra a mulher são corriqueiras no cotidiano de assistência nas maternidades, porém são encobertas.²³

O profissional P5 afirma que a violência obstétrica depende do contexto, mostrando que existe uma busca de justificativas para a violência. Ainda há a existência de atitudes de violência que não são examinadas e reconhecidas pelos profissionais.

“Às vezes o que para um pode ter um significado de uma coisa mais forte, para outro pode não ter. Mas é isso que estou te falando, muitas vezes certas atitudes, certas condutas para alguns pode ter sido excessiva, para outros não, depende da situação. É uma forma de falar, uma forma de tocar, é a explicação, é fazer realmente o que tem de ser feito.” (P5)

“Eu vejo que muitas vezes ela é realizada e se quer é considerada assim pelos profissionais que a cometem, eles não percebem que aquele riso quando vê a genitália da paciente é algo constrangedor pra ela, eles não entendem que você dizer não para alguma necessidade dela é ruim, ou achar nojo quando ela faz necessidades, fezes, na hora do parto, tem profissional que não entende [...]” (P18)

O profissional de saúde possui dificuldade para se reconhecer como o causador de violência obstétrica, transformando a prática em ações naturais, justificáveis e necessárias, que seriam feitas para o suposto bem das pacientes e recém-nascidos.²⁷

Estudos realizados no Brasil corroboraram com os achados dessa pesquisa ao evidenciarem a existência de uma violência velada. Foi identificado uma violência consentida por parte das mulheres, sendo as intervenções

realizadas durante o trabalho de parto compreendidas como integrantes de uma boa assistência. Entre os profissionais, foi averiguado uma violência presenciada pelos enfermeiros e silenciada. Já o médico apresenta um discurso que negligencia a violência por garantir que essa não acontece na mesma extensão nem tem a repercussão que é concebida pela mídia e por outras organizações.^{23,28,29}

Existe também uma banalização do sofrimento da parturiente, o que conseqüentemente, acarreta a banalização da violência institucional, presente em frases utilizadas sob o pretexto de brincadeiras. A dificuldade para os profissionais identificarem a violência na cena de assistência é perceptível também na idealização de alguns que a violência implicaria a maior gravidade do ato, ocasionador de agravo físico ou emocional intencionalmente. Todavia, frases irônicas, moralistas e preconceituosa usualmente faladas em tom de “brincadeira” são entendidas somente como humor.⁷

A banalização da violência obstétrica é consequência da falta de escuta dos profissionais, da desvalorização da fala da mulher e ausência de utilização de tecnologias apropriadas. Para reverter essa situação é imprescindível que os profissionais resgatem o reconhecimento de que o parto é um período significativo na vida de cada mulher.²⁵

O estudo demonstrou que a violência obstétrica ocorre devido a uma visão mecanicista do processo reprodutivo, onde condutas padronizadas são incorporadas para acelerar o período expulsivo. Contudo, há também a existência de um processo de mudança decorrente do movimento de humanização do parto e nascimento. Embora tenham ocorrido modificações importantes na assistência, ainda são necessárias melhorias.

Destaca-se a importância de respeitar a fisiologia e intervir quando necessário, abandonando práticas mecanizadas e rotineiras. A interação parturiente e equipe foi descrita como indispensável para a existência ou não de violência obstétrica. Ficou evidente também que dentre as tantas formas de violência, uma das mais recorrentes é a violência verbal.

Os entrevistados percebem como fator determinante, a falta de preparo do profissional, para saber lidar com as várias situações encontradas na assistência. Os profissionais assinalam que os problemas institucionais contribuem para a existência da violência obstétrica, como a falta de ambiente e recursos adequados, além da superlotação e presença de poucos profissionais. E por último, evidenciou-se que embora haja diversas falas sobre a violência obstétrica, alguns profissionais salientaram não vivenciar na prática.

Para mudar esta realidade de violência na assistência obstétrica os profissionais apontam como caminho o preparo dos profissionais, com o emprego desta

discussão da violência obstétrica nos cursos de graduação, especialização e educação continuada. É importante fazer com que este tema passe de velado a discutido e reconhecido, para assim diminuir a sua ocorrência.

Outro ponto de destaque nas falas dos profissionais foi a necessidade de oferecer condições de trabalho que contribuam para um ambiente mais acolhedor e livre de violência. Para isso é necessário a adequação física, disponibilização de recursos materiais e humanos, além de capacitação para os envolvidos.

Não só os profissionais precisam ser preparados, é preciso também orientar as mulheres sobre os seus direitos, para que elas possam chegar empoderadas e possam compreender o momento do parto. O conhecimento é um dos principais combates a violência obstétrica. É ponto de destaque para capacitação a assistência pré-natal, momento adequado para educação em saúde.

Portanto, é interessante que gestores e profissionais do município do estudo invistam principalmente nas estratégias de capacitação das equipes e na educação em saúde para as mulheres.

Sugere-se que haja uma maior fiscalização do setor público sobre a situação de assistência aos partos institucionalizados, atentando-se ao uso de práticas rotineiras e desnecessárias, contribuindo para o combate a violência. Espera-se que o Brasil continue a evoluir no combate e criando leis para punir os responsáveis.

Contribuição dos autores

Bitencourt AC contribuiu com a concepção e/ou desenho do projeto, coleta dos dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Oliveira SL contribuiu com a coleta dos dados, análise e interpretação dos dados. Rennó GM contribuiu com a concepção e/ou desenho do projeto, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Referências

1. Silva EA, Pereira AMM, Dantas SLC, Soares PRAL, Melo LPT, Costa N, et al. Conhecimento de puérperas sobre boas práticas em centro de parto. *Rev Enf UFPE*. 2021; 14: e246029.
2. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadros JS. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enf*. 2017; 38 (1): 1-8.
3. World Health Organization (WHO). *Maternidade segura: Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde* [online]. Genebra: WHO; 2014 [acesso em 2017 mai 1]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf;jsessionid=FC9E12A250EA82292D99AF939EAC917E?sequence=3
4. Ministério da Saúde (BR). *Cadernos Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento* [Internet]. v.4. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2014 [acesso em 2017 abr 15]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
5. d'Oliveira, AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359 (11): 1681-5.
6. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Com*. 2015;10 (35): 1-12.
7. Aguiar JM, d'Oliveira, AFPL, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29 (11): 2287-96.
8. Salgado HO, Niy DY, Diniz CSG. Groggy and with tied hands: the first contact with the newborn according to women that had an unwanted C-section. *J Hum Growth Dev*. 2013; 23 (2): 190-7.
9. Andrade MAC, Lima JBMC. O Modelo Obstétrico e Neonatal que Defendemos e com o qual Trabalhamos. *In: Ministério da Saúde (BR). Cadernos Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2014. p. 19-46. [acesso em 2017 mai 1]. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf
10. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division [Internet]. Genebra: WHO; 2019 [acesso em 2021 set 22]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596>
11. Oliveira OS, Couto TM, Gomes NP, Campos LM, Lima KTRS, Barral FE. Boas práticas no processo de parto: concepções de enfermeiras obstétricas. *Rev Bras Enf*. 2019;72 (2): 475-83.
12. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.

14. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde (BR); 2017 [acesso em 2017 jun 2]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
15. Barbosa LC, Fabbro MRC, Machado GPR. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Av Enf.* 2017; 35 (2): 190-207.
16. Rodrigues DP, Alves VH, Vieira RS, Leão DCMR, Paula E, Pimentel MM. A violência obstétrica no contexto do parto e nascimento. *Rev Enf UFPE.* 2018; 12 (1): 236-46.
17. Brasil. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. Violência Obstétrica: “Parirás com dor” [Internet]. Brasília (DF); 2012. [acesso em 2017 jun 2]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
18. Cardoso FJC, Costa ACM, Almeida MM, Santos TS, Oliveira FBM. Violência obstétrica institucional no parto: percepção de profissionais da saúde. *Rev Enf UFPE.* 2017; 11 (9): 3346-53.
19. Leal SYP, Lima VLA, Silva AF, Soares PDFL, Santana LR, Pereira A. Percepção de enfermeiras obstétricas acerca da violência obstétrica. *Rev Cogitare Enf.* 2018; 23 (2): e52473.
20. Souza ACAT, Lucas PHCS, Lana TC, Lindner SR, Amorim T, Felisbino-Mendes MS. Violência obstétrica: uma revisão integrativa. *Rev Enferm UERJ.* 2019; 27 (e45746): 1-7.
21. Carvalho IS, Brito RS. Formas de Violência obstétrica experimentada por puérperas que tiveram parto normal. *Enfermeria Global.* 2017; 16 (3): 71-9.
22. Oliveira MC, Mercedes MC. Percepções sobre violências obstétricas na ótica de puérperas. *Rev Enf UFPE.* 2017; 11 (6): 2483-9.
23. Oliveira VJ, Penna CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enf.* 2017; 26 (2): 1-10.
24. Dodou HD, Sousa AAS, Barbosa EMG, Rodrigues DP. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. *Cad Saúde Colet.* 2017; 25 (3): 332-3.
25. Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Rev Estud Fem.* 2018; 26 (1): 1-11.
26. Oliveira VJ. O sensível e o insensível na sala de parto: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2016.
27. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Latino-Am Enf.* 2018; 26: e3069.
28. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública.* 2017; 30 (1): S17-47.
29. Pedroso CNLS, López LC. À margem da humanização? Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. *Physis Rev Saúde Colet.* 2017; 27 (4): 1163-84.

Recebido em 11 de Fevereiro de 2021

Versão final apresentada em 18 de Maio de 2022

Aprovado em 8 de Julho de 2022