

O olhar de residentes em Enfermagem Obstétrica para o contexto da violência obstétrica nas instituições

The obstetric nursing residents' view on obstetric violence in institutions

(abstract: p. 14)

La visión de residentes en enfermería obstétrica para el contexto de la violencia obstétrica en las instituciones (resumen: p. 14)

Fabiana Ramos de Menezes^(a)

<menezesfaby@hotmail.com> 

Gabriela Maciel dos Reis^(b)

<gmacielreis@gmail.com> 

Aline de Abreu Silvestre Sales^(c)

<alinesilvestre1985@gmail.com> 

Danubia Mariane Barbosa Jardim^(d)

<danubia.barbosaj@gmail.com> 

Tatiana Coelho Lopes^(e)

<tatianacoelho@lapes@yahoo.com.br> 

^(a, e) Hospital Sofia Feldman. Rua Antônio Bandeira, 1060, Túpi B. Belo Horizonte, MG, Brasil. 31844-130.

^(b) Pós-graduanda em Saúde Pública (Mestrado), Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil.

^(c) Pós-graduanda em Enfermagem (Mestrado), Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil.

^(d) Pós-graduanda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Doutorado), Instituto René Rachou – Fiocruz Minas. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Este trabalho pretendeu compreender a percepção de residentes em Enfermagem Obstétrica sobre violência obstétrica em uma maternidade referência do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. Trata-se de estudo descritivo e exploratório de abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada por meio de grupo focal. Para análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin, da qual emergiram três categorias: condutas inadequadas de assistência ao parto; procedimentos desnecessários com finalidades didáticas e/ou iatrogênicas; e preconceito de gênero, raça/etnia e de classe socioeconômica. O estudo aponta que as residentes reconhecem a prática da violência obstétrica no processo de formação e suas repercussões para a mulher e, ainda, evidencia a necessidade premente de investimento institucional em espaços que promovam discussões sobre a violência obstétrica.

Palavras-chave: Enfermeiras obstétricas. Parto humanizado. Internato e residência. Capacitação de recursos humanos em saúde.

Introdução

No mundo, muitas mulheres são vítimas de violência obstétrica (VO) durante o parto nas instituições de saúde. Rattner¹, descreve que o termo “violência obstétrica” agrupa e descreve várias formas de violência e danos causados pelo profissional de saúde durante a assistência no pré-natal, parto, puerpério e abortamento. Dessa forma, pode ser definida como maus-tratos físicos, psicológicos e verbais, ou ainda, como práticas intervencionistas desnecessárias, entre elas: episiotomia, restrição ao leito, clister, tricotomia, ocitocina de rotina, ausência de acompanhante e cesariana sem indicação.

Essa situação fere o direito da mulher de receber um cuidado respeitoso, como também é uma ameaça à vida, à saúde, à integridade física e à dignidade humana, ou seja, é uma violação dos direitos humanos².

No Brasil, na maioria dos nascimentos ocorre intenso processo de medicalização do parto, com intervenções desnecessárias e iatrogênicas; separação da gestante de seus familiares; falta de privacidade; e desrespeito a sua autonomia, que contribuem para que uma a cada quatro mulheres viva algum tipo de violência durante a assistência^{3,4}.

A Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência caracteriza a VO como a apropriação do corpo feminino e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde revelado pelo trato desumano, uso abusivo da medicalização e intervenções desnecessárias sobre processos fisiológicos, gerando a perda da autonomia e da liberdade de escolha, o que reflete negativamente na qualidade de vida das mulheres^{5,6}. De forma complementar, a Defensoria Pública do Estado de São Paulo⁴ considera a VO como o desrespeito à mulher, seu corpo e seus processos reprodutivos e a transformação dos processos naturais do parto em doença ou abuso da medicalização, negando às mulheres a possibilidade de decidir sobre si e seu corpo.

A VO “é fortemente condicionada por preconceitos de gênero, de raça ou etnia, de classe socioeconômica, de geração ou de orientação sexual”⁷ (p. 139). Em pesquisa realizada no Brasil, no ano de 2010, pela Fundação Perseu Abramo⁸, foi revelado que 25% das mulheres afirmam ter sido vítimas de maus-tratos, práticas muitas vezes naturalizadas pelos profissionais e instituições assistenciais.

Ao refletir sobre a assistência ao parto e pós-parto, percebe-se que as ações dos profissionais devem seguir critérios pautados em evidências científicas. Ademais, devem ter um importante papel de colocar seu conhecimento a serviço da mulher e ao seu filho, sem somar esforços para proporcionar uma assistência humanizada e digna para essas pacientes⁹.

Nesse contexto, a formação do enfermeiro obstetra é um dos meios para a conquista dessa mudança, exigindo o envolvimento, o empenho e a colaboração de diferentes atores envolvidos, instituições de ensino, serviços de saúde, entidades de classes e profissionais¹⁰. O saber-fazer do profissional deve ser capaz de conhecer e intervir sobre as diversas situações que permeiam a saúde da mulher, bem como ao neonato e sua família, com ética, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, de modo culturalmente sensível às diferenças existentes na população assistida¹¹.

Isso torna-se essencial para a mudança do modelo positivista, flexneriano e tecnocrata de assistência à mulher em predomínio nas práticas em saúde, na formação de profissionais e no dia a dia das instituições. O cuidado em saúde não atende às demandas assistenciais fundamentadas na integralidade, na subjetividade e na

individualidade, tampouco contemplam a prática baseada em evidência¹², tendo por consequência uma assistência violenta, despersonalizada e impessoal.

O trabalho “VO na visão de enfermeiras obstetras”¹³ levantou as diferentes formas de violência, configuradas em verbalizações violentas dos profissionais de saúde (médico/a, enfermeiro/a obstétrico/a, enfermeiro/a e auxiliar de enfermagem), execução de procedimentos desnecessários e/ou iatrogênicos realizados e despreparo institucional para oferecer uma assistência humanizada. Esses e outros resultados indicam a necessidade de mudança no modelo de formação desses profissionais, em especial a categoria da Enfermagem, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério¹³.

Considera-se que a humanização, a qualidade da atenção, a adoção de medidas e os procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento são fundamentais para o bem-estar das mulheres no período gravídico-puerperal. Logo, o presente estudo tem por objetivo compreender a vivência e o conhecimento sobre violência obstétrica dos residentes em Enfermagem Obstétrica de uma maternidade de referência do município de Belo Horizonte.

A OMS² defende que “todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação”² (p. 1). Geralmente, a VO ocorre durante o parto e o pós-parto, quando a mulher está vulnerável, sem condições de se defender ou mesmo interromper a violência sofrida⁴, sendo que um dos grandes desafios no enfrentamento da VO em nossa sociedade firma-se na naturalização e banalização do fenômeno. O fato de as mulheres acreditarem que o parto é um processo doloroso faz com que elas não percebam quando são submetidas a experiências ruins, naturalizando e perpetuando essa prática em nosso país^{5,6}.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde se tornam importantes para mudar a realidade atual e fortalecer a capacidade das mulheres frente aos problemas identificados e de reivindicar seus direitos¹⁴. Em 1990, o Ministério da Saúde (MS) investiu na qualificação e formação do(a)s enfermeiro(a)s obstétrico(a)s, determinando normas para criação de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica¹⁵ e a iniciativa foi fortalecida com a criação de políticas nacionais de atenção à saúde da mulher, em destaque a Rede Cegonha, instituída pela portaria nº 1.459, implementada em 24 de junho de 2011^{16,10}.

A implementação de Programas de Residência Multiprofissionais e as Residências em Área Profissional da Saúde, estabelecidas pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009¹⁶, são estabelecidas como instrumento fundamental para o alcance das metas propostas pelo MS para atenção ao parto e nascimento, sendo a Residência em Enfermagem Obstétrica essencial para a formação de enfermeiro(a)s que respondam com a qualidade às necessidades assistenciais da mulher e do recém-nascido no território nacional^{17,10}.

Entendendo que as residências em saúde são um dispositivo de mudança na formação dos profissionais e na mudança do modelo de atenção e de suas associações com a VO, a realização desta pesquisa teve como finalidade proporcionar benefícios tanto aos profissionais quanto aos usuários ao ser compreendida como estímulo para

aprimorar o conhecimento sobre a VO, tendo em vista os princípios éticos e legais da enfermagem obstétrica.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa realizado com os residentes em Enfermagem Obstétrica de uma instituição filantrópica especializada na atenção integral e humanizada à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal e da criança no período neonatal. A assistência na instituição é exercida por equipes multiprofissionais e custeada com recursos financeiros provenientes exclusivamente da prestação de serviços para o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁸.

A pesquisa contou com a participação de 15 residentes que concordaram em participar depois de informados sobre o estudo e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os aspectos éticos da pesquisa, como o anonimato dos informantes, a ausência de ônus, o direito de solicitar esclarecimento em qualquer fase da pesquisa e o de proibir a utilização de seus relatos, sem que isso lhes causasse algum dano ou prejuízo, foram respeitados, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 e nº 510^{19,20}. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição com Parecer CAAE nº 1.886.952.

Para a coleta de dados foi utilizada a estratégia do grupo focal, o que possibilita aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação, podendo atingir um nível reflexivo que outras técnicas não conseguem alcançar²¹.

O grupo ocorreu no dia 6 de janeiro de 2017 e teve duração de aproximadamente três horas. Entre os participantes, dez estavam no primeiro ano de residência e cinco, no segundo ano. A faixa etária variou entre 24 e 32 anos e não houve a participação de residentes do sexo masculino. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra, a fim de se garantir a fidedignidade dos relatos. Almejando conseguir o material para a pesquisa, o debate foi conduzido por meio de um guia de temas, com a finalidade de propiciar uma investigação produtiva. As questões norteadoras abordavam a vivência do residente a algum tipo de violência institucional/obstétrica ou maus-tratos com usuárias nos serviços de saúde durante a sua formação; e se a questão foi abordada em sua formação profissional.

Os dados foram tratados conforme a Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin²², que busca analisar o conteúdo manifesto nos discursos e que pressupõe três momentos: 1º a pré-análise; 2º a exploração do material; e 3º o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Na pré-análise, os dados foram ordenados, transcrevendo as entrevistas e preservando as falas na íntegra. Posteriormente, o material transcrito foi agrupado, submetido a uma análise detalhada e exaustiva e confrontado com a literatura encontrada. No fim do processo analítico, emergiram as seguintes categorias: Condutas inadequadas de assistência ao parto; Procedimentos desnecessários com finalidades didáticas e/ou iatrogênicos; e Preconceito de gênero, raça^(f) ou etnia e de classe socioeconômica.

^(f) O termo "raça" utilizado ao longo do artigo está sustentado na concepção encontrada no livro "Características étnico-raciais da população: classificações e identidades", do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no capítulo "Raça, identidade, identificação: abordagem histórica conceitual", no qual o autor José Luis Petruccelli cita um conceito da autora Antônia dos Santos Garcia, que define raça como "uma categoria socialmente construída ao longo da história, a partir de um ou mais signos ou traços culturalmente destacados entre as características dos indivíduos: uma representação simbólica de identidades produzidas desde referentes físicos e culturais. Na utilização desta categoria de análise, não se trata do grupo social cujo fundamento seria biológico, mas de grupo social reconhecido por marcas inscritas no corpo dos indivíduos (cor da pele, tipo de cabelo, estatura, forma do crânio etc.)" (Garcia apud Petruccelli)²³.

Resultados e discussão

Condutas inadequadas na assistência ao parto

Até o século XIX, a vivência do parto pertencia ao universo feminino e era uma experiência privada da mulher que paria com o apoio de outras mulheres. Existia uma cultura de solidariedade feminina extremamente associada ao processo de nascer, proporcionando às mulheres um ambiente de apoio e compreensão, que ocorria em grande parte no conforto do seu lar^{24,25}.

Todavia, com a transição do parto normal domiciliar para o hospital, o controle passou para os profissionais de saúde, que não consultam a parturiente sobre suas preferências ou sentimentos em relação ao parto, culminando com o processo de despersonalização da mulher na parturição^{26,27}. Assim, a parturição no ambiente hospitalar transformou-se em um evento médico e medicalizado, solitário e despersonalizado. Para a mulher acreditar que tem a capacidade de parir, ela precisa ter seu filho no hospital, pois culturalmente tornou-se o local mais seguro²². Assim, acabaram expostas a diversos tipos de violência durante a assistência ao parto, sendo privadas do seu protagonismo.

Nessa categoria, são apresentados os discursos sobre os sentimentos advindos da experiência, ao presenciar condutas inadequadas na assistência ao parto, enquanto inseridas no processo de formação, tanto na maternidade que vivenciam o processo de formação quanto em outros serviços que fizeram parte da sua trajetória antes da residência.

As residentes relataram ações por parte de profissionais que assistiram as pacientes que caracterizam desde maus-tratos físicos, psicológicos e verbais até procedimentos que incidem sobre o corpo da mulher e que poderiam causar sentimento de vulnerabilidade, inferioridade, abandono, instabilidade emocional, insegurança e medo.

Entre as práticas violentas relatadas, foram citados pelas residentes a utilização de discursos ríspidos, tratamento impaciente, ameaças de abandonar a mulher sozinha durante a assistência por uma suposta não cooperação dela e comentários pejorativos, caracterizando a violência de cunho verbal.

[...] Aí o médico obstetra falava coisas assim: “Ó, é o seguinte, na hora que ela desmaiar você me chama pra fazer essa merda dessa curagem, aí cê me chama, tá, então tá bom, na hora que você perder sangue suficiente ela vai me chamar” [...] (R4)

[...] Outra situação também, com essa de não ficar quieta durante os pontos, durante a sutura, né, era uma menina nova, 16 anos, era o primeiro filho dela... e ela falava que deu anestesia né e tudo, mas ela tava com medo, era tudo novo pra ela, e ela não ficava quieta, toda hora ela balançava o bumbum, subia o bumbum, aí a profissional foi, largou tudo e falou: “Enquanto você não ficar quieta eu não volto”. (R2)

Percebe-se a partir dos relatos dos residentes a prática de maus-tratos físicos e psicológicos, como toques no corpo da mulher realizados sem seu consentimento,

negligência no manejo da dor e frases irônicas ditas em tom de brincadeira, mas que causam danos físicos e emocionais. Além do desrespeito, foram relatadas também a imposição de valores ou julgamento moral, quebra de sigilo, invasão de privacidade e recusa em prestar assistência às mulheres durante o processo de parturição e em casos de abortamento, o que pode ser observado nos relatos a seguir:

[...] E aí ele ficava falando pra mulher: “Tem que fazer força, tá fazendo a força errada, hoje à noite não tem pediatra no plantão, se seu bebê nascer parado o que que a gente vai fazer?” [...] (R3)

E às vezes eu vejo, assim, muito desrespeito com excesso de conversas, com risadas, enfim, coisas que realmente atrapalham muito aquela mulher que tá passando por um processo tão doloroso. E assim, não tem privacidade nenhuma, sabe? A mulher ela tá sentindo dor, ela tá em processo de abortamento, ela fala que tá sentindo dor, ela tem uma Dolantina prescrita, a enfermeira assistencial fala “não”, “mas ainda não tá na hora de fazer essa Dolantina por causa do tempo”, não sei o quê. (R13)

Esse achado corrobora os resultados dos estudos realizados por Wolfl e Waldow⁹ e por Oliveira e Penna²⁸, nos quais a hierarquia e autoridade dos profissionais permitiam o emprego de rotinas institucionais que violavam os direitos das mulheres a um cuidado respeitoso e ameaçavam o direito à vida, à saúde e à integridade física e psicológica.

Além disso, nos relatos verificamos que foi discutido a falta de preparo profissional e institucional nas diversas variações: sobrecarga de demandas; estrutura física inadequada; e falta de equipamentos, materiais para assistência, pessoal capacitado e diretrizes assistenciais e organizacionais, apontadas como dificuldades enfrentadas cotidianamente na instituição.

As consequências vão desde a falta de materiais para analgesia de parto até número insuficiente de leitos e profissionais capacitados para assistência ao trabalho de parto e parto, como a assistência prestada em local inadequado – como o corredor, mesa de analgesia, entre outros –, o que pode influenciar diretamente nos aspectos de violência contra a mulher.

Eu já vivenciei situações ruins em relação a isso, que eu considero violência, como, por exemplo, uma mulher que tá em trabalho de parto, com muita dor, e às vezes o profissional não indica analgesia, ou às vezes não tem cateter pra passar. (R3)

Teve situação essa semana, duas, o plantão não tava cheio, mas tava tumultuado, tinha uma mulher no corredor, aí falaram com ela: só tem o CPN (Centro de Parto Normal) pra você, ou seja, se você não descer, você vai parir no corredor. Ok! A mulher desceu sem saber o que era CPN. Chegou no CPN eu fui explicar o que era CPN. (R2)

Já vivenciei situações em que a paciente tava com muita dor também, eu estava acompanhando e a preceptora falou: olha, nossa equipe está desfalcada agora, a gente não tem como levar essa mulher pra mesa de analgesia, porque não tem profissional suficiente pra acompanhar ela, mas eu me dispus a ir, ela falou que, mesmo assim, não daria. (R6)

Esta pesquisa também ratifica uma investigação realizada pela Fundação Perseu Abramo⁸, que levantou que as formas mais comuns de violência são a agressão por meio de procedimentos dolorosos sem consentimento ou informação, falta de analgesia e negligência dos profissionais envolvidos na assistência. Nesse estudo⁸ foram feitas entrevistas com 2.365 mulheres de 25 estados da federação, nos quais 9% das participantes sofreram maus-tratos no atendimento da maternidade, sendo as formas mais citadas de violência: o toque vaginal de forma dolorosa, negação de algum tipo de alívio para a dor, gritos, xingamentos ou humilhações e falta de informação sobre os procedimentos a serem realizados.

Outros fatores que contribuem para a VO descritos pelas residentes foram a falta de informação e comunicação, evidenciada por meio da negligência de informações; realização de procedimentos sem consentimento e não informados anteriormente; e ausência de informação sobre o processo de trabalho de parto e parto.

As residentes também trouxeram experiências antes do processo formativo, desde violências sofridas como episiotomia; maus-tratos psicológicos e verbais; experiências vividas por familiares e amigos; e a própria vivência relatada sobre a violência obstétrica em outras instituições quando estavam em situação como profissionais e acadêmicas.

Esses achados também corroboram a pesquisa realizada por Oliveira e Penna²⁸, que traz à tona a dificuldade dos profissionais não médicos em garantir uma assistência humanizada e baseada em evidências a essas pacientes, seja por receio do enfrentamento com o colega de trabalho ou pelos limites estabelecidos pela hierarquia médico-enfermeiro nas instituições hospitalares.

A assistência ao parto deve seguir critérios com a prática baseada em evidências científicas e a assistência prestada deve oferecer apoio e proteção, com o mínimo de intervenções necessárias. As mulheres têm direito a um atendimento à saúde digno e de qualidade e a receber esclarecimentos em linguagem adequada, respeitosa e compreensível sobre o seu estado de saúde e sobre os procedimentos propostos, seus riscos, complicações e alternativas^{2,29}.

Procedimentos desnecessários com finalidades didáticas e/ou iatrogênicos

Nesta categoria, foi possível identificar no relato das residentes condutas proscritas ainda praticadas e ensinadas pelos profissionais de saúde da instituição.

Os relatos das residentes descrevem uma prática de intervenções sem justificativa clínica – como exames vaginais repetitivos, episiotomia e fórceps sem indicação – somente com finalidade didática, mas que incidem sobre o corpo da mulher causando dor e dano físico e emocional.

O ensino de obstetrícia no Brasil ainda exige que o aluno possua um certo número de procedimentos em sua formação. Essa cultura de ensino perpetua o

uso não informado e não consentido dos corpos das parturientes mais pobres e usuárias do SUS pelos alunos para o treinamento de habilidades³⁰. É fundamental reestruturar a educação em saúde com o objetivo de fortalecer as ações contra a VO e a responsabilização pelo cuidado.

Segundo as residentes, havia situações que constataram a assistência intervencionista e tradicional, que difere da assistência obstétrica baseada em evidências. Entre elas, foi identificada a manobra de Kristeller, procedimento doloroso e potencialmente danoso à saúde da mulher e do bebê.

[...] Em relação ao toque no corpo da mulher, também eu já vivi situações assim. A mulher tá lá no período expulsivo, e tem gente que fica estimulando o útero da mulher, apertando mesmo, e a paciente falando: para de apertar minha barriga, está me incomodando! Aí pessoa fala: “Não, só um pouquinho, é preciso fazer isso agora, isso vai te ajudar, o bebê nascer mais rápido”, ou até a questão de você tocar a mulher sem necessidade, sem pedir permissão [...]. (R3)

Esses resultados são semelhantes aos identificados na pesquisa “Nascer no Brasil: inquérito sobre o parto e nascimento”³¹, que aponta como o parto e o nascimento em nosso país está cada vez mais violento, com números elevados e crescentes desses procedimentos. As mulheres ficam vulneráveis a intervenções dolorosas e potencialmente danosas sem que haja qualquer benefício para sua saúde ou a de seu bebê¹⁰.

As residentes também relataram a realização de cesariana sem indicação clínica e/ou consentimento da mulher. Mesmo conscientes dos altos índices de mortalidade materna e infantil no Brasil associados ao procedimento cirúrgico, observa-se a perpetuação da cultura cesarista por meio dos profissionais de saúde.

Eram mulheres negras e obesas, essa profissional não tava a fim daqueles processos de partos. Enfim, eram todas negras e obesas e todas foram para cirurgia. Ela tinha uma relação ótima com o obstetra de plantão, ela indicava a cesariana e resolvia a vida delas, a enfermeira obstetra. As mulheres não entendiam, enfim, uma delas chorou na mesa. (R4)

A hierarquia e a autoridade dos profissionais expressas nos relatos das residentes revelaram a dominação do saber dos profissionais de saúde sobre o corpo da mulher, ferindo sua autonomia a respeito daquilo que pertence somente a ela e ao seu corpo. Essa conduta é contrária ao que orienta a Defensoria Pública do estado de São Paulo⁴, que afirma que todo procedimento ou ação realizada na paciente deve ser explicado pelo profissional de saúde antes de sua realização. Ou seja, a paciente tem o direito à recusa ou ao consentimento livre, voluntário e esclarecido sobre os procedimentos a serem realizados em seus corpos, seja em hospital público, privado ou de ensino^{4,32}.

Preconceito de gênero, raça ou etnia e de classe socioeconômica

Nesta categoria, as residentes trouxeram à tona relatos de diversos tipos de discriminação: de gênero, raça ou etnia, socioeconômico, entre outros. Foi relatada

pelas residentes a utilização de comentários negativos, sugerindo que as mulheres devem se adequar para serem mães, depreciando a sua condição materna, seja por sua condição física, étnica, social e/ou econômica. Além disso, relataram que as usuárias do serviço são alvos de críticas que causam vergonha e desmoralização. Para Diniz et al³⁰, esses comportamentos “refletem uma sociedade na qual persistem a normalização e a impunidade do acesso abusivo ao corpo feminino, reproduzindo hierarquias sociais de gênero, classe e raça/etnia”³⁰.

A parte étnica e racial da coisa, que enfim interfere sim na assistência, no caso mulheres obesas e negras. Eu vivi várias situações, mas agora me salta umas poucas, uma na admissão, eu tava lá e tinha uma mulher obesa, aí profissional que tava como preceptora falou: “Não, deixa eu apoiar assim que a barriga dela é muito grande”. E a mulher lá assim [...] (R4)

O preconceito de gênero, raça e/ou etnia e classe socioeconômica, relatado nesta pesquisa, também foi observado por outros autores. Estudo realizado por Smith-Oka³³ evidenciou que as mulheres atendidas sofreram diversos tipos de ridicularização e agressividade devido à sua condição socioeconômica, perpetuando o preconceito e atos de violência. Nos resultados dessa pesquisa³³, foi possível observar a tendência ao tratamento rude e humilhante, em especial às mulheres pobres, negras e com menor escolaridade, sendo essas mais vulneráveis à discriminação, o que configura claramente a violação dos direitos reprodutivos e humanos dessas pacientes.

Ainda, pode ser observado e destacado na fala das residentes o atendimento à mulher em situação de abortamento. A percepção delas sobre as práticas que os profissionais usam para justificar as repreensões verbais, a discriminação e a negligência durante o atendimento mostrou que as práticas se caracterizam apenas como aspecto punitivo, que não garantem à mulher a assistência com liberdade, dignidade e autonomia moral e ética.

Mais uma vez a questão do julgamento, a mulher chega em processo de abortamento, e aí a gente começa a questionar como se deu esse abortamento, e o nosso atendimento vai depender de como se deu o abortamento, se ele foi espontâneo ou provocado, meu atendimento vai mudar em relação a isso, eu acho muito complicado. (R1)

Em relação ao direito ao atendimento humanizado em casos de abortamento, é importante destacar que é garantido pela Norma Técnica do MS³ o atendimento livre de todo tipo de preconceito, estereótipo e discriminação que possa negar e desumanizar esse atendimento, que prevê a garantia da liberdade, dignidade, autonomia e autoridade moral e ética da paciente³.

Os profissionais de saúde devem prestar um serviço que seja pensado, avaliado e livre de preconceitos e discriminações, levando em conta as necessidades e a subjetividade de cada usuária do sistema de saúde.

Nas falas das residentes, fica clara a insatisfação quanto às vantagens que algumas pacientes têm durante a assistência prestada, seja por ser de outro(a) nível social, econômico, raça ou por algum benefício que a difere de outras usuárias:

[...] que chega exigindo ir pro Quarto 1^(g), “vou dar um jeito de tirar quem tá no Quarto 1, pra entrar com quem chegou”; de ser a primeira a tomar anestesia, e a questão da resolutividade dos problemas, caso acontece algum problema pra essa paciente é muito maior, pra funcionária é muito maior, e quem não tem esse amparo de ser profissional, ou de ser do sistema privado, ou de ser paciente de fulana de tal. (R1)

^(g) Este quarto é uma das suítes de parto da maternidade onde foi realizado o estudo. Por sua localização e tamanho, é considerada a suíte que proporciona maior conforto e privacidade para a usuária.

De fato, o acesso aos serviços de saúde, com o acolhimento respeitoso, livre de qualquer discriminação e de qualquer violência, é direito de todos os pacientes². É necessário lembrar que o tratamento diferencial baseado em atributos considerados positivos (casada, com gravidez planejada, adulta, branca, de classe média, saudável, entre outros), em detrimento daqueles com atributos considerados negativos (pobre, jovem ou velha demais, preta, com baixa escolaridade, entre outros), que apareceram nos relatos das residentes em estudo deve ser banido³⁴.

Os mecanismos próprios para identificar e notificar a VO ainda são deficitários, o que colabora para que esse problema continue sendo ignorado. Os serviços que funcionam atualmente não estão preparados para receber denúncias de violência no atendimento obstétrico e sua estrutura não favorece esse tipo de registro^(h).

O artigo publicado no ano de 2017 “Violência Obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências”³³ traz o ciberativismo como nova estratégia e proposta de mobilização social contemporânea, também como ferramenta de promoção à saúde da mulher, de empoderamento feminino e participação política. Segundo os autores, o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) faz com o que os usuários fortaleçam sua voz por meio do uso dessas tecnologias, como é o caso das mulheres vítimas de violência obstétrica³⁵.

^(h) Parto do princípio: mulheres em rede pela maternidade ativa. [Acesso em: 1 Mar 2016]; Disponível em: <http://www.partodoprincipio.com.br/>

Muitos movimentos sociais têm buscado soluções junto com o Ministério Público, por meio de recursos que visam impedir os abusos e regular as intervenções no parto. O resultado dessas ações são inúmeras audiências públicas sobre abuso de intervenções e VO no país. Apesar de ainda existir uma série de deficiências e fragilidades na assistência obstétrica, as ações dos movimentos sociais são fundamentais por se organizarem pela mudança do modelo de atenção ao parto²⁸.

Considerações finais

O estudo apontou que as residentes reconhecem a prática da VO no processo de formação e suas repercussões para a mulher. Além disso, evidenciou aspectos inadequados que acontecem nas instituições de saúde, como racismo institucional, diferenciação no atendimento das usuárias do serviço público de saúde e julgamento das usuárias por parte dos profissionais de saúde.

A pesquisa em si promoveu uma interferência positiva no serviço e na formação, uma vez que criou um espaço de diálogo, reflexão e visibilidade sobre a violência obstétrica. Isso evidencia a necessidade premente de investimento institucional em espaços que promovam discussões sobre a VO tanto nos programas de formação profissional quanto nos de educação permanente.

Remodelar as atividades cotidianas, fortalecer a adoção de práticas baseadas em evidências científicas e mobilizar os profissionais e a sociedade civil sobre a temática são ações imprescindíveis para qualificar o sistema e garantir às usuárias um serviço de saúde com equidade e resolubilidade; e livre de VO, que possibilite o fortalecimento e a consolidação do SUS.

Contribuições dos autores

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 Suppl 1:759-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.
2. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2014 [citado 20 Set 2015]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher: manual técnico. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Núcleo Especializado de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher. Conversando sobre violência obstétrica [Internet]. São Paulo: Defensoria Pública do Estado de São Paulo; 2015 [citado 20 Jan 2016]. Disponível em: http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/34/documentos/cartilhas/Cartilha_VO.pdf
5. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(11):2287-96.
6. Terán P, González Blanco M, Ramos D, Castellanos C. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2013; 73(3):171-80.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conheça a rede cegonha: folder [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 31 Jan 2016]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf

8. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado [Internet]. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010 [citado 20 Set 2015]. Disponível em: http://novo.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra_0.pdf
9. Wolfl LR, Waldow VR. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saude Soc.* 2008; 17(3):138-51.
10. Jardim DMB, Lima DR, Reis GM, Menezes FR, Mercês AFM. Residência em enfermagem obstétrica no Hospital Sofia Feldman: uma estratégia de formação no e para o SUS. In: Ferla AA, Rocha CF, Fajardo AP, Dallegrave D, Rossoni E, Passini VL, et al., organizadores. *Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho.* Porto Alegre: Rede Unida; 2017. p. 102-7. (Série vivências em educação na saúde).
11. International Confederation of Midwives. Essential competencies for basic midwifery practice. The Hague, Netherlands: ICM; 2010 [citado 14 Maio 2019]. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
12. Duarte ED, Ditz ES, Madeira LM, Lopes TC. A experiência do Hospital Sofia Feldman na construção da rede serviço ensino. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC; 2006.
13. Silva MGS, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RS, Shimo AKK. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. *Rev RENE.* 2014; 15(4):720-8.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher: manual técnico. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União.* 13 Nov 2009.
18. Hospital Sofia Feldman. Indicadores hospitalares [Internet]. Belo Horizonte: HSF; 2017 [citado 4 Abr 2017]. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. *Diário Oficial da União.* 13 Jun 2013.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 7 de Abril de 2016. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. *Diário Oficial da União.* 24 Maio 2016.



21. Dall'agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Rev Gauch Enferm.* 1999; 20(1):5-25.
22. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2011.
23. Petrucelli JL. Raça, identidade, construção social. In: Petrucelli JL, Saboia AL. *Características étnico-raciais da população* [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 20 Maio 2019]. p. 13-31. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv63405.pdf>
24. Teixeira NZF, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev Bras Enferm.* 2006; 59(6):740-4.
25. Cunha AA. Analgesia e anestesia no trabalho de parto e parto. *Femina.* 2010; 38(11):599-606.
26. Nozawa MR, Schor N. O discurso de parto de mulheres vivenciando a experiência da primeira gestação. *Saude Soc.* 1996; 5(2):89-119.
27. Rattner D. Humanizando o nascimento e o parto. In: *Anais do Seminário Estadual da Qualidade da Assistência ao Parto: contribuições da enfermagem; 1999; Curitiba, PR.* Curitiba: ABEn-PR; 1999.
28. Oliveira VJ, Penna CMM. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(2):1-10.
29. Hodnett S, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 2:CD003766.
30. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):253-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.
31. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Projeto nascer no Brasil: inquérito epidemiológico sobre as consequências do parto cesárea desnecessário no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Informe ENSP; 2011 [citado 20 Set 2015]. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenasp/informe/site/materia/detalhe/29584>
32. García-Jordá D, Díaz-Berna Z, Acosta-Álamo M. Child birth of medically supervised delivery from an anthropological perspective. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(7):1893-902.
33. Smith-Oka V. Microaggressions and there production of social inequalities in medical encounters in México. *Soc Sci Med.* 2015; 143:9-16.
34. Tesser C, Knobel R, Andrezzo H, Diniz S. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015; 10(35):1-12.
35. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de experiências. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(60):209-20.



This article aims to understand the obstetric nursing residents' perception of obstetric violence in a reference maternity hospital in the Brazilian city of Belo Horizonte. It is a descriptive, exploratory, and qualitative study. Data was collected through a focus group. Bardin's content analysis was used to analyze data, from which three categories emerged: inadequate birth assistance conducts; unnecessary procedures with educational and/or iatrogenic purposes; and gender, race/ethnicity, and socioeconomic class bias. The study indicates that residents acknowledge obstetric violence in the educational process and its repercussions to women. It also evidences the pressing need for institutional investment in spaces that foster discussions on obstetric violence.

Keywords: Obstetric nurses. Humanized birth. Internship and residency. Qualification of human resources in health.

El objetivo de este artículo es comprender la percepción de los residentes en Enfermería Obstétrica sobre la violencia obstétrica en una maternidad referencia del municipio de Belo Horizonte, Brasil. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio de abordaje cualitativo. La colecta de datos se realizó por medio de un grupo focal. Para el análisis de datos se utilizó el análisis de contenido de Bardin, del cual surgieron tres categorías: conductas inadecuadas de asistencia al parto; procedimientos innecesarios con finalidades didácticas y/o iatrogénicas, prejuicio de género, raza/etnia y de clase socioeconómica. El estudio señala que las residentes reconocen la práctica de la violencia obstétrica en el proceso de formación y sus repercusiones para la mujer y, también, muestra la necesidad urgente de inversión institucional en espacios que promuevan discusiones sobre la violencia obstétrica.

Palabras-clave: Enfermeras obstétricas. Parto humanizado. Internado y residencia. Capacitación de recursos humanos en salud.

Submetido em 23/12/18.
Aprovado em 04/07/19.