








VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E O ATUAL MODELO OBSTÉTRICO, NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES EM SAÚDE

Enimar de Paula¹ 
Valdecyr Herdy Alves¹ 
Diego Pereira Rodrigues² 
Felipe de Castro Felício¹ 
Renata Corrêa Bezerra de Araújo¹ 
Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco³ 
Vivian Linhares Maciel Almeida⁴ 

¹Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

²Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciência em Saúde. Belém, Pará, Brasil.

³Universidade Federal do Amapá, Faculdade de Enfermagem. Macapá, Amapá, Brasil.

⁴Centro Universitário Anhanguera. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

RESUMO

Objetivos: compreender a percepção dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica e as medidas para o seu enfrentamento visando à garantia da qualidade da assistência.

Método: estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, realizado com 16 gestores de saúde de cinco maternidades da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, aplicadas no período de maio de 2017 a maio de 2018, e submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática.

Resultados: a pesquisa apontou o não acolhimento, princípios tecnocráticos do parto, impedimento do acompanhante, desrespeito às práticas humanizadas centradas na fisiologia e na escolha da mulher, necessidade da formação em saúde como norteador da política de humanização e da gestão das unidades de saúde, despreparo profissional para atuação e falta de envolvimento de profissionais com mais tempo de serviço para modificar práticas no cuidado obstétrico. Assim, ficou evidente a necessidade de romper com a violência obstétrica que está em nível estrutural/institucional a fim de garantir um cuidado de qualidade à mulher.

Conclusão: cabe aos gestores propiciar o processo de formação dos profissionais de saúde em prol de uma atuação que respeite as evidências científicas, a centralidade e os eixos das políticas e recomendações no campo da saúde sexual e reprodutiva, sobretudo à mulher quanto a sua autonomia.

DESCRIPTORIOS: Gestão em saúde. Obstetrícia. Enfermagem obstétrica. Parto humanizado. Humanização da assistência.

COMO CITAR: Paula E, Alves VH, Rodrigues DP, Felício FC, Araújo RCB, Chamilco RASI, Almeida VLM. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2020 [acesso ANO MÊS DIA]; 29:e20190248. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>

OBSTETRIC VIOLENCE AND THE CURRENT OBSTETRIC MODEL, IN THE PERCEPTION OF HEALTH MANAGERS

ABSTRACT

Objectives: to understand the perception of managers of public maternity hospitals in the Metropolitan Region II of the state of Rio de Janeiro regarding obstetric violence and the measures to face it aiming at guaranteeing the quality of care.

Method: a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, conducted with 16 health managers from five maternity hospitals in Metropolitan Region II in the state of Rio de Janeiro. Data were collected through interviews, applied from May 2017 to May 2018, and submitted to content analysis in the thematic modality.

Results: the research pointed out the non-reception, technocratic principles of childbirth, refusal of the companion, disrespect to humanized practices centered on physiology and the choice of women, the need for health training as a guide for the humanization policy and the management of health units, professional unpreparedness for performance and lack of involvement of professionals with longer service time to modify practices in obstetric care. Thus, the need to break away from obstetric violence at the structural/institutional level was evident in order to guarantee quality care for women.

Conclusion: it is the responsibility of the managers to provide training to health professionals regarding performance that respects the scientific evidence, the centrality and the axes of policies and recommendations in the area of sexual and reproductive health, especially to women regarding their autonomy.

DESCRIPTORS: Health management. Obstetrics. Obstetric nursing. Humanized birth. Humanization of assistance.

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y EL MODELO OBSTÉTRICO ACTUAL, EN LA PERCEPCIÓN DE LOS GESTORES DE SALUD

RESUMEN

Objetivos: comprender la percepción de los gestores de las maternidades públicas de la II Región Metropolitana del estado de Río de Janeiro sobre la violencia obstétrica y las medidas para su enfrentamiento con el objetivo de garantizar la calidad de la atención.

Método: estudio descriptivo, exploratorio con abordaje cualitativo, realizado con 16 gerentes de salud de cinco maternidades de la II Región Metropolitana del estado de Rio de Janeiro. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas, aplicados de mayo de 2017 a mayo de 2018, y sometidos a análisis de contenido en la modalidad temática.

Resultados: la investigación señaló la no aceptación, principios tecnocráticos del parto, impedimento de la compañera, falta de respeto a las prácticas humanizadas centradas en la fisiología y la elección de la mujer, la necesidad de la formación en salud como guía para la política de humanización y gestión de las unidades de salud, falta de preparación profesional por desempeño y falta de participación de profesionales con mayor tiempo de servicio para modificar prácticas en atención obstétrica. Así, se hizo evidente la necesidad de romper con la violencia obstétrica que se encuentra a nivel estructural / institucional para garantizar una atención de calidad a las mujeres.

Conclusión: corresponde a los gestores brindar el proceso de formación de los profesionales de la salud en pro de una actuación que respete la evidencia científica, la centralidad y los ejes de las políticas y recomendación es en el campo de la salud sexual y reproductiva, especialmente para las mujeres en cuanto a su autonomía.

DESCRIPTORES: Gestión de la salud. Obstetricia. Enfermería obstétrica. Nacimiento humanizado. Humanización de la asistencia.

INTRODUÇÃO

Promover o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva segura e de qualidade, tendo como foco os direitos das mulheres, em especial aos direitos humanos no parto e nascimento, o que pode contribuir para a redução de taxa de mortalidade materna e perinatal, visto que o incremento da tecnologia nesse cenário, ao deixar de lado a fisiologia do parto, trouxe o aspecto patológico da gestação/parto que culminou numa despersonalização da mulher perante o parto e sua autonomia para o direito de escolha.¹ Desse modo, a mulher deixa de ser a figura principal do parto, sendo esse papel assumido pelo profissional de saúde, inclusive no que tange às decisões que, em princípio, caberiam somente a ela.

Estudiosos revelam a questão que o cuidado obstétrico deve ter como foco a qualidade da assistência, envolvida em uma estrutura da prestação de cuidados oferecidos à mulher durante o seu processo reprodutivo, assim como a sua própria experiência vivencial do atendimento. Esses cuidados devem estar relacionados ao respeito e à preservação da dignidade humana, o que significa dizer que todas as formas de abuso, discriminação, negligência, detenção e negação de serviços devem ser anuladas.²

Muitas vezes, o desrespeito ocorre em razão do modelo inserido no cuidado, visto que, se houver o resgate da condição feminina de direito, haverá a valorização da mulher e da sua centralidade, enquanto o desrespeito pode resultar no modelo obstétrico atual cujo foco é o modelo tecnológico de cuidar com a figura da instituição e do profissional de saúde sustentando as condutas de cuidado.³

Assim, cada vez mais a Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra uma preocupação com os cuidados oferecidos às mulheres, à sua fisiologia e ao seu corpo, inviabilizando a utilização de inúmeros procedimentos desnecessários no cuidado obstétrico que, na atualidade, é amparado pelo modelo tecnocrático no campo do parto e nascimento. Esse modelo apresenta um viés ideológico que, pelas demandas atuais de políticas públicas e do conhecimento científico, deve propor na sua ruptura a possibilidade de incrementar a violência obstétrica no cotidiano de inúmeras maternidades.³⁻⁵

Nesse sentido, a violência obstétrica é uma questão urgente que afeta inúmeras mulheres em todo o mundo e deve ser compreendida como um dos principais impulsionadores dos resultados desiguais na saúde materno infantil por ser um termo que rotula a desumanização, desrespeito, abuso ou maus-tratos nos campos da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos humanos.

Legalmente definida pela primeira vez na Venezuela, em 2017, entende-se a violência obstétrica como sendo a apropriação indevida do corpo da mulher por parte do profissional de saúde, expressa por um tratamento desumano e pela patologização dos processos naturais do parto, resultando em perda de autonomia da mulher e incapacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade.⁶

Nesse contexto, há uma premente necessidade de mudanças por parte dos profissionais de saúde, dos gestores e das políticas públicas em relação ao enfrentamento da violência obstétrica como proposta de ruptura do modelo obstétrico atual, almejando o resgate da autonomia feminina com foco nos direitos sexuais, reprodutivos e humanos. Assim, o entendimento da complexidade da violência obstétrica perpassa pelo nível gerencial, sendo um importante mecanismo para sustentar uma assistência que vá ao encontro do respeito à dignidade humana.

Dessa forma, indaga-se com a seguinte pergunta norteadora: qual a ótica dos gestores das maternidades acerca da violência obstétrica? Assim, a sua percepção da temática se constitui de suma importância para promover medidas de enfrentamento, possibilitando, dessa forma, o respeito à mulher e uma assistência com mais qualidade. Nesse sentido, o estudo objetivou compreender a percepção dos gestores das maternidades públicas da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro acerca da violência obstétrica e as medidas para o seu enfrentamento visando à garantia da qualidade da assistência.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa, considerada apropriada ao objetivo do estudo, uma vez que procura desvelar as percepções a respeito dos dados subjetivos dos indivíduos acerca de um determinado problema.⁷

Os participantes do estudo foram 16 gestores das maternidades públicas dos municípios de Niterói, São Gonçalo e Maricá, a saber: Hospital Universitário Antonio Pedro; Hospital Estadual Azevedo Lima; Maternidade Municipal Dr.^a Alzira Reis Vieira; Maternidade Municipal Dr. Mario Niajar; Hospital Conde Modesto Leal, unidades integrantes da rede de atenção à saúde da região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Não houve desistência ou recusa dos gestores em participar da pesquisa.

Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão na pesquisa: estar em pleno exercício de suas atividades na unidade de saúde; ser diretor médico ou diretor de enfermagem; ser coordenador médico ou coordenador de enfermagem da obstetrícia. Os critérios de exclusão levaram em conta o tempo de serviço dos participantes, inviabilizando, assim, a participação daqueles com menos de seis meses nos referidos cargos.

Desse modo, a aproximação e a abordagem com os gestores foram realizadas pessoalmente em cada unidade de saúde, quando se tentou estabelecer uma relação empática com os possíveis participantes. Assim sendo, estes foram orientados quanto a todas as informações pertinentes ao estudo, bem como aos seus objetivos e compromisso com o pesquisador em executar em conformidade com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Realizadas as devidas orientações aos gestores, formalizou-se um convite àqueles que obedeciam aos critérios de inclusão. Estes foram informados detalhadamente sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os mecanismos de aplicação da coleta de dados da pesquisa. A partir do respectivo aceite, solicitou-se a assinatura do TCLE em duas vias, condicionando a sua participação, ficando uma via em sua posse e a outra com o pesquisador. Na ocasião, todos foram informados de que o anonimato e o sigilo das respectivas informações seriam garantidos mediante utilização de um código alfanumérico (G1...G16), o que viabilizou a aplicação do instrumento de coleta de dados.

Em conformidade com a Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense.

A técnica para a coleta de dados foi a entrevista, realizada durante o período de maio de 2017 maio 2018, constituída por perguntas abertas referentes à percepção dos gestores em relação à violência obstétrica. Os discursos dos participantes foram gravados em aparelho digital com autorização prévia dos mesmos e transcritos na íntegra pelo pesquisador com a finalidade de assegurar a fidedignidade dos depoimentos; posteriormente, foram categorizados. Os dados coletados foram trabalhados de acordo com a análise de conteúdo na modalidade temática.⁸

Assim sendo, a análise de conteúdo na modalidade temática tem como proposta a análise, efetuando-se em três diferentes polos, constituindo um roteiro específico, explicitado a seguir: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. No caso desta, propõem-se duas fases sucessivas ou imbricadas de análise, a decifração estrutural, centrada em cada entrevista, e a transversalidade temática, focada no conjunto das entrevistas, ou seja, nas repetições temáticas. Esse processo permitiu destacar as unidades temáticas e, na sequência, analisá-las de acordo com os objetivos propostos.⁸

Dessa forma, após a identificação das Unidades de Registro (UR), adotou-se a técnica de colorimetria para identificar e agrupar as UR afins, o que permitiu uma visão geral da temática. As entrevistas originaram as seguintes UR: assistência tecnocrática ao parto e nascimento; não vinculação do cuidado centrado na mulher; ambiência institucional como dificultador do cuidado; não

incorporação das políticas públicas no processo de assistência; capacitação/reciclagem profissional ao parto e nascimento; nexos entre prática e modelos de assistência ao parto; gestão e suas estratégias de enfrentamento à violência obstétrica. Essas UR, por sua vez, fundamentaram a construção da unidade temática - Conceito sobre a violência obstétrica: o significado dos gestores, que sustentou a construção das seguintes categorias temáticas: 1) As interfaces do conceito sobre violência obstétrica: os saberes instituídos nos modelos de assistência ao parto e nascimento; e 2) A formação em serviço: uma estratégia urgente para o enfrentamento da violência obstétrica.

RESULTADOS

As interfaces do conceito sobre violência obstétrica: os saberes instituídos nos modelos de assistência ao parto e nascimento

Os participantes apontaram a falta de acolhimento como um sinal de desrespeito à parturiente dentro das maternidades, o que é considerado um tipo de violência obstétrica. Essa percepção dos gestores é um agravante no campo do parto e nascimento, uma vez que o acolhimento é uma das diretrizes das políticas públicas que estabelece a garantia de assistência integral à mulher.

Desrespeito à mulher no parto é você não dar a ela a assistência adequada que ela precisa, não é? Do ponto de vista técnico e humanizado, isso é desrespeito à mulher no trabalho de parto. Tem que respeitar a vontade dela, você tem que dar a ela o melhor que você tem de técnica para que ela tenha um bom parto, respeitando a vontade dela dentro do que é possível, e isso é acolhimento das necessidades da mulher (G2).

Desrespeito? Bom, começa primeiro na abordagem inicial, no acolhimento dela, em que você já não age com cordialidade e com delicadeza, diante daquele momento que ela está começando a encarar, que é o nascimento de um bebê (G9).

Faltar com respeito, não tratá-la de forma adequada, não tratá-la da forma como você gostaria de ser tratada, acho que é isso! Acho que não chamá-las pelo nome pode ser um desrespeito (G13).

Ainda na perspectiva do acolhimento, identifica-se nos depoimentos dos gestores que muitos profissionais de saúde atuam favorecendo a humanização do parto, buscando favorecer uma boa relação com a gestante, impedindo, assim, qualquer tipo de violência obstétrica nas maternidades por não atender as mulheres em suas necessidades. É importante ressaltar que o acolhimento é uma relação de empatia em que prevalecem os princípios básicos do respeito, da centralidade da mulher e do modelo de humanização da atenção obstétrica. Seguem os depoimentos acerca do assunto:

Quando não há acolhimento já é um desrespeito, está ligado ao fato de você não ofertar a essa mulher uma assistência compartilhada com o esposo ou com quem de escolha dela, não oferecer para ela todas as informações do ponto de vista da fisiologia da gestação, não oferecer para ela todas as medicações (G11).

O acolhimento é uma questão da humanização do parto e nascimento, o desrespeito para mim é não deixar essa mulher escolher a via de nascimento da criança, impedi-la de ter o acompanhante próximo a ela na hora da internação, na hora do parto e puerpério imediato; não ter uma escuta ativa dessa mulher, essa mulher não ter um local certo onde o neném dela vai nascer (G14).

Nos depoimentos a seguir, são evidenciados pelos gestores princípios e atitudes adotados durante a assistência obstétrica, considerando o modelo tecnocrático vigente.

É a gente na formação, não conseguia atuar dentro das questões técnicas do parto, trabalhar as boas práticas, não oferecíamos por exemplo ou só da bola suíça, deambulação, banho relaxante, a gente privá-la dessa oferta, isso é tudo hoje que acontece (G5).

Ainda vemos colegas ajuizando as mulheres, independente da vida da mulher e o que ela faz da vida dela, porque ela engravidou cedo, porque ela engravidou tarde ou porque ela tem 50 filhos. É um problema que diz respeito a ela e tem muitos profissionais que dizem que: na hora de você fazer, não gritou, então você tem que ficar quieta. Isso para mim é um desrespeito, falta de humanização (G8).

Podemos considerar que a falta da humanização é você não ter comprometimento com uma assistência qualificada, não existir relação humana na relação profissional, conceito mesmo de humanização (G15).

Percebe-se nessas falas a comprovação da incipiente formação profissional para atuar na área obstétrica, levando ao desrespeito à mulher, à sua condição socioeconômica e de gênero e à sua desqualificação e culpabilização, fazendo prevalecer a violência obstétrica em razão das relações de desigualdade e/ou de nível estrutural/Institucional.

Nesse contexto, os gestores evidenciaram a importância da Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, conhecida como “Lei do Acompanhante”, como política pública a ser cumprida pelas instituições de saúde para a garantia do respeito à mulher, embora o dispositivo legal não tenha sido considerado viável e aplicável nas unidades pesquisadas, resultando no impedimento da presença do acompanhante da mulher no pré-parto, parto e pós-parto imediato, configurando, assim, uma violência obstétrica de caráter estrutural/institucional que precisa ser corrigida de imediato.

É o direito ao acompanhante, tem até várias, por exemplo, aqui no hospital a lei do acompanhante não acontece, entendeu? Aqui na maternidade não tem como ter, hoje aqui no hospital, não temos mesmo pela parte estrutural, pela parte até mesmo técnica, entendeu? Infelizmente a gente aqui, hoje não consegue (G1).

Temos a Lei do Acompanhante, mas nem sempre torna viável, conforto também para esse acompanhante, às vezes eu trabalho muito a assistência ao paciente, mas em torno dele é muito importante, o que ele traz com ele, a cultura, a família que vem, seja ao pai, seja a avó, então, assim, às vezes é uma mãe que não está preparada para ser avó naquele momento e está como acompanhante, aí já complica (G3).

Então, temos a Lei 11.108 que dá garantia ao acompanhante de livre escolha, não vou lembrar todas agora, mas nós temos as políticas das boas práticas de parto e nascimento. (G5).

Conforme os depoimentos, alguns direitos da parturiente não foram assegurados, a exemplo do recebimento das orientações sobre o parto; dos procedimentos que seriam adotados pelos profissionais de saúde; da liberdade de movimentos durante o trabalho de parto; da escolha da posição para o período expulsivo; das técnicas de relaxamento para aliviar a dor; do contato imediato mãe-bebê logo após o nascimento. Vale dizer que esses direitos também fazem parte de políticas públicas de instituições internacionais e nacionais e o seu descumprimento representa uma violência obstétrica no campo estrutural/institucional que impede a mulher de receber uma assistência melhor e mais qualificada.

Na assistência obstétrica atualmente, as mais recentes são as normas de acompanhamento de parto pelo Ministério da Saúde, que é a nossa determinação [...] determinação de conduta, assistência mesmo, quanto aos procedimentos adotados no trabalho de parto (G4).

Orientar quanto à gestação, preparar a paciente para na hora da entrada na maternidade, convencer as pacientes o que é um trabalho de parto, sei porque meu contato é por telefone, whatsApp, tudo o que acontece, uma paciente ou outra que está enfrentando, que faz parte do grupo de gestantes, gestantes adolescentes, gestantes com problemas, elas estão sempre semobilizando (G6).

Apenas um gestor fez referência à humanização do cuidado dispensado à mulher no caso de abortamento, uma situação que tem potencial para resultar em violência obstétrica.

Um das políticas públicas de saúde [...] uma política pública que é difícil trabalhar, é essa questão do desrespeito, ela existe, mas os profissionais nem sempre aceitam isso, das intervenções do parto; é a questão da humanização, a humanização começou em 2000/2004, até que ponto humanizar a mulher no processo de abortamento? (G16).

A formação em serviço: uma estratégia urgente para o enfrentamento da violência obstétrica

Em seus depoimentos, os gestores evidenciaram a importância da capacitação dos profissionais de saúde na assistência à parturiente como um marco político e institucional para a garantia da qualidade assistencial.

Aqui no bloco obstétrico como coordenação eu faço treinamentos com todos eles [profissionais de saúde], então aqui são só aquelas pessoas que têm aquele tipo de feeling com a paciente, isso é discutido nos grupos, esses cursos são para todos os profissionais (G8).

A gente trabalha muito junto com as diretrizes da Rede Cegonha que preconizam isso, exatamente as boas práticas, então, a gente trabalha muito no sentido de promover o parto normal, o acompanhamento multiprofissional, interdisciplinar com enfermeiros obstetras, com psicólogos, com fisioterapeutas, não só com o médico, formação compartilhada (G11).

Hoje o que temos trabalhado é a orientação, tenho trabalhado com a equipe, a questão da orientação, formação mesmo, os profissionais de saúde na hora de lidar com essa mulher, tanto na abordagem quanto no direito que essa mulher tem em ter o acompanhante, no direito que essa mulher tem de fazer as escolhas que ela acha necessária, o acompanhamento (G12).

Foram também apontadas dificuldades em promover a capacitação dos profissionais de saúde com mais tempo de serviço e de formação, uma vez que os mesmos reagem negativamente às modificações implementadas. Seguem os depoimentos a esse respeito:

As estratégias são de uma maneira ampla, a orientação e o treinamento das pessoas e equipes e o convencimento que é o mais importante, porém os mais antigos relutam mais com as mudanças, esses são mais difíceis, aí temos práticas ruins, mas estamos mudando (G4).

Nós demos um grande avanço aqui na nossa maternidade a partir da formação da equipe em serviço, os mais velhos são resistentes, não avançam nas boas práticas, mas, antes mesmo da lei ser aprovada, a Lei do Acompanhante, nós já tínhamos e começávamos a dar os primeiros passos para manter um acompanhante junto com essa mulher internada na nossa maternidade, hoje já deu certo, também temos diversas tentativas de intitular o hospital como Hospital Amigo da Criança (G14).

Exatamente isso, temos uma dificuldade grande com os servidores mais antigos, estamos fazendo mudanças, por exemplo, a estrutura física por questão de obra, estamos muito improvisados, então o ambiente fica muito exposto, não é restrito, separado com cortinas, aí fica difícil, repetem práticas já ultrapassadas, porém são poucos, estamos caminhando bem nas mudanças (G15).

Promover a capacitação dos profissionais de saúde é um dos eixos norteadores da política de humanização e constitui uma das funções do gestor das maternidades públicas, focando na qualidade da assistência como missão institucional. Corroborando tal afirmação, os participantes evidenciaram que há muitos profissionais graduados em saúde atuando na área da saúde sexual e reprodutiva que se encontram nitidamente despreparados para atuar na área obstétrica.

Deixo a maturidade profissional conduzir. Eu realmente quando me formei, a minha condição era uma e ao longo do aprendizado, no exercício da minha atividade, tornou-se outra, mas falta treinamento sim (G2).

Na minha equipe, eu tento chamar o meu colega e pergunto como ele gostaria de ser tratado, isso é pouco, temos que trocar experiências, atualizar conhecimento (G13).

Os participantes também referiram que alguns profissionais de saúde demonstraram desconhecimento em relação às boas práticas intervencionistas utilizadas durante o parto, o que poderia estabelecer uma relação dessas práticas com a violência obstétrica no campo estrutural/institucional, sustentado pela autonomia desses profissionais.

Quando me formei, a prescrição padrão, quando a mulher entrava na maternidade era dieta zero e tricotomia. Se estivesse em trabalho de parto, era soro glicosado. Hoje temos que escutar as mulheres e conhecer as evidências científicas (G4).

Eu não vejo uma violência obstétrica quando a pessoa faz um Kristeller quando é necessário, quando necessário acho ótimo. Tem muitos médicos que fazem quando não é necessário. É uma violência, o Kristeller é algo muito violento no parto, fórceps, a “episio”, às vezes por preguiça de aguardar o parto humanizado, o tempo certo, vai lá e corta, fórceps. Aqui, em tantos anos, só vi um parto com fórceps (G8).

Ainda em relação ao desconhecimento para atuar na área obstétrica, um participante fez a seguinte reflexão:

O que eu acho mais importante nesse tempo todo que vivi é uma conversa franca entre paciente e médico, muitas coisas são resolvidas com a orientação e como tratamento digno e o modo de se falar diretamente com as pacientes, isso é boa prática (G7).

Entretanto, por meio dos depoimentos dos gestores, fica evidente que a área obstétrica, mesmo com todos os avanços das políticas públicas, ainda necessita de diversas rupturas, principalmente quanto à implementação do modelo de humanização e à inserção da enfermagem obstétrica no campo prático do cuidado à mulher no processo de parto e nascimento.

Na minha experiência, avanços no trabalho em equipe e na humanização, vejo hoje aqui para o hospital o acompanhamento do enfermeiro especificamente tanto atuando no ambulatório quanto na maternidade, antes não via (G12).

A gente tem um desafio pela frente porque nossa maternidade trabalha em equipe, hoje ela está em obras e estamos trabalhando com a capacidade reduzida de internação, mas temos um desafio grande que a gente quer que a nossa equipe seja composta por médicos obstetras e por enfermeiros obstétricos (G14).

DISCUSSÃO

Conforme os autores de um estudo,⁹ o acolhimento e a vinculação da gestante são primordiais para a elaboração de um novo conceito de atenção e contrapõem-se ao atual arranjo da atenção obstétrica e neonatal no Brasil, constituídas pela institucionalização e medicalização do parto e nascimento. Além disso, ocorre a fragmentação das redes de saúde com as fragilidades do fluxo das referências e contrarreferências no cuidado ao processo de gestar e parir, em especial no acesso qualificado da mulher em processo reprodutivo, impossibilitando responsabilizar os profissionais de saúde, levando a inferir que é necessário ampliar a cogestão entre a rede de atenção em saúde.⁹

Nesse sentido, outro estudo¹⁰ aponta que a atual Estratégia da Rede Cegonha com o objetivo de aperfeiçoar a atenção obstétrica traduz-se em um acolhimento e classificação de risco na maternidade de referência em que a mulher está vinculada desde a atenção básica. Isso permite a garantia de atendimento, mas torna necessário o envolvimento e a sensibilização do profissional de saúde, no exercício da sua empatia, para o cuidado obstétrico voltado para a ética.

Os autores¹¹ afirmam no estudo um cuidado inerente ao ser humano, o cuidado ético e empático, sendo essencial para o desenvolvimento das relações e interações humanas, o que torna o espaço da saúde um dos ambientes que precisam de bastante atenção, visto que são aqueles onde o ser humano necessita de cuidados humanizados, sendo a assistência um desses pilares do cuidado. O profissional de saúde deve resguardar o respeito à mulher no campo do parto e nascimento como

os direitos a um cuidado de qualidade que atenda às suas necessidades e a sua compreensão como pessoa humana, englobando os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Esse cuidado, conforme a percepção dos gestores, está sustentando um cuidado seguro, integral, empático e ético, que perpetua o respeito nessa relação de cuidado, não configurando situações propensas à violência obstétrica, visto que, quando esse processo empático com o outro não se dá na característica humana, ocorre uma violência iminente contra a figura feminina no campo do cuidado e também com relação ao desrespeito na forma como se dá a abordagem a ela, à sua vontade e ao tratamento humanizado.^{2,11} Assim, há uma necessidade de ruptura do modelo obstétrico com foco na humanidade da mulher, na sua condição que deve ser respeitada, tendo em vista a garantia de um cuidado que atenda às suas expectativas e desejos. A grande figura nesse contexto é a própria mulher, tendo ela as ações para direcionar o cuidado, em uma perspectiva compartilhada na autonomia exercida no seu corpo.³

Como observado nos depoimentos dos gestores, a violência obstétrica está inserida nos princípios do modelo tecnocrático do parto e nascimento, sustentada pela autonomia do profissional de saúde, diante do seu ideário no contexto do cuidado obstétrico, em que muitos não seguem a cientificidade do cuidado obstétrico e agem conforme seus ideais.^{1,3-4}

Esses ideais são sustentados por uma gestão participativa no processo que culmina com a violência obstétrica. Desse modo, a gestão deve, sim, garantir um cuidado respeitoso e respaldado nas evidências científicas.

Assim, é preciso que haja a boa relação da mulher com os profissionais de saúde para promover um cuidado mais humanizado e holístico.¹¹ Este é um processo que deve ser implementado pela gestão com o processo de qualificação da Unidade de Saúde, incorporando o modelo humanizado coparticipativo como missão institucional, já que esse modelo humanizado, segundo os autores,¹² deve romper com as estruturas ainda inseridas na formação obstétrica, com médicos e enfermeiros qualificados a resgatar o valor da mulher e a sua centralidade do cuidado, bem como a inserção de práticas humanizadas com o propósito de promover a autonomia da mulher.

Além disso, há a desqualificação da mulher com a introdução de inúmeras falas de discriminação e preconceito quanto a sua condição socioeconômica e sua relação no campo da sua sexualidade e reprodução. A relação de poder entre o profissional de saúde que culpabiliza a sua condição reprodutiva está inserida em uma violência obstétrica no campo estrutural/institucional, amparado pela desigualdade de poder.¹³ Nesse contexto, a gestão das unidades de saúde deve trabalhar para unificar um cuidado centrado na mulher, livre de discriminação e preconceitos.

O Brasil tem, desde 2005, a Lei nº 11.108, conhecida como a 'Lei do Acompanhante', a qual determina a obrigação do serviço de saúde de fornecer a entrada para o acompanhamento da mulher no trabalho de parto, parto e puerpério imediato. A fim de regulamentar a presença do acompanhante nos âmbitos público e privado, também foram publicados outros documentos para que esse direito fosse garantido a todas as parturientes e, sobretudo, respeitado pelas instituições prestadoras de saúde.¹⁴

Assim, torna-se um direito legalmente conquistado pelo movimento de humanização e o coletivo de mulheres, logo a sua garantia deve ser respeitada e a sua anulação contribui para a inserção de protocolos institucionais, que são administrados pela gestão da unidade, uma gestão participativa na anulação velada dos direitos das mulheres.

Nesse sentido, frequentemente, as parturientes são proibidas de ter um acompanhante de sua escolha para dar-lhes apoio no processo do nascimento em virtude das práticas assistenciais adotadas nos serviços de saúde.¹⁵

Assim, a falta de estrutura torna-se uma sustentação do desrespeito à mulher, mas o gestor de saúde deve garantir que seja respeitado o seu direito de livre escolha, conforme é estabelecido pela Rede Cegonha, que permite o financiamento de novas unidades e modernizações da estrutura hospitalar com o propósito de garantir o direito ao acompanhante. Dessa forma, a anulação desse

direito configura um estrado da violência obstétrica, representado pelo campo estrutural/institucional, baseado nas normas e rotinas instituídas no cuidado obstétrico.

O modelo de humanização recomenda o respeito à mulher quanto ao direito a uma parturição segura, com o recebimento de informação sobre o cuidado ofertado, a garantia da liberdade e autonomia sobre o seu corpo, técnicas de alívio da dor, além do contato pele a pele após o nascimento e o clampeamento tardio. Essas práticas humanizadas sustentam um cuidado centrado na parturiente.^{3,6}

Assim sendo, os depoimentos dos gestores afirmam que quando o profissional não respeita essas diretrizes eles favorecem a violência obstétrica, perante a sua autonomia exercida no corpo dela, uma vez que a aceitação de condutas obstétricas se torna aceitável pela mulher e pelos profissionais de saúde.

Há uma necessidade de qualificação em gestão da saúde como processo de enfrentamento à violência obstétrica. Gestores das maternidades necessitam implementar a cogestão como proposto pela Rede Cegonha, incluindo profissionais de saúde, gestores e usuárias nas discussões de implementação das normas, rotinas e das missões das maternidades, favorecendo uma oferta de atenção à saúde reprodutiva qualificada e segura.

A Educação Permanente em Saúde “foi descrita em 1978 pela Organização Pan-Americana de Saúde como um processo dinâmico de ensino e aprendizagem, ativo e contínuo, com a finalidade de análise e melhoramento da capacitação de pessoas e grupos, diante da evolução tecnológica, das necessidades sociais e dos objetivos e metas institucionais”.^{16:332} Assim, a formação dos profissionais de saúde, em especial daqueles que realizam o cuidado obstétrico, constitui um processo de gestão indispensável para a melhoria da qualidade da assistência e para o desempenho profissional, assegurando o desenvolvimento de competência profissional, com o objetivo de aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para interagir e intervir na realidade, além de contribuir para os problemas recorrentes da falta de capacitação profissional.¹⁷

Desse modo, quando há uma gestão participativa no cuidado à mulher no campo do parto e nascimento, permite-se a capacitação do profissional de saúde e assegurar a melhoria da qualidade. Assim, o profissional capacitado entende as dimensões do cuidado e com isso a formação constitui uma ferramenta para o enfrentamento da violência obstétrica.

Constata-se nos depoimentos dos gestores que a cultura da violência obstétrica está sustentada no cotidiano prático do cuidado obstétrico, pois quanto mais tempo de serviço o profissional tem, mais difícil se torna trabalhar a formação para possibilitar mudanças nas práticas do cuidado à mulher no processo parturitivo. Ressalta-se que o gestor tem sido apontado pelas políticas públicas de saúde como o profissional capaz de transformar essa realidade de desumanização e violência obstétrica em que vive a mulher no campo do parto e nascimento. Para alcançar esse objetivo, ele deve consolidar os seus conhecimentos a fim de que, baseado nas evidências científicas, possa enfrentar os obstáculos identificados, tomando decisões adequadas na garantia de um processo de nascimento qualificado, seguro, feliz, saudável e livre de qualquer tipo de dano à saúde.¹⁸

A capacitação dos profissionais de saúde constitui um dos eixos norteadores da Política de Humanização, descritos na atual Política Nacional de Educação Permanente aprovada no ano de 2003, como proposta para mudança da realidade institucional.¹⁶ A falta de qualificação profissional em atuar nas demandas de cuidado obstétrico pode contribuir para a promoção e sustentação da violência obstétrica. Assim sendo, torna-se primordial o aprimoramento profissional como forma de enfrentamento da violência obstétrica.

Nesse contexto, o (des)conhecimento ou a falta de interesse em conhecer práticas não intervencionistas do parto significa garantir assim um cuidado não qualificado e seguro, além do desrespeito à mulher, culminando na propagação de situações de violência obstétrica gerada com a introdução de práticas como episotomia de rotina e manobra de Kristeller, dentre outras. Desse modo,

diante dos depoimentos dos gestores, percebe-se que a ideia de humanização deve sempre ressaltar práticas baseadas em conformidades científicas para o momento do parto.

Quanto às condutas intervencionistas, ressalta-se a importância do gestor no cenário de assistência ao parto e nascimento, visto que ele tem a possibilidade de promover a formação em saúde na Instituição e mostra a necessidade de articular a prática com as evidências científicas, além do cuidado sensível e o resgate do protagonismo da mulher no processo de parturição.¹⁹

Esse enfrentamento da gestão traz uma nova possibilidade para garantir um cuidado de qualidade, rompendo com a estrutura do modelo de humanização ao parto e nascimento.

Essa ruptura de modelo de atenção ao parto e nascimento torna-se necessária para mudanças de práticas no cuidado à mulher e para o enfrentamento da violência obstétrica. E, quando se institui um cuidado compartilhado, com trabalho em equipe multiprofissional, com o médico obstetra e o enfermeiro obstétrico, garante-se que o cuidado seja direcionado à mulher perante suas demandas e necessidades de saúde, sempre em prol do respeito de sua condição e da fisiologia do parto.

Reconhece-se que os gestores das maternidades são importantes agentes de transformação do modelo tecnocrático para o modelo humanizado, uma vez que a atenção em saúde reprodutiva deve ser desenvolvida de acordo com os princípios das políticas públicas de saúde nacionais e internacionais, em especial no enfrentamento a qualquer forma de violência obstétrica vivenciada pelas mulheres no processo e gestar e parir.

Como limitação do processo de investigação, pontua-se a impossibilidade de manter contato com os gestores de saúde que estavam realizando alguma atividade de gestão ou ainda em reunião com a organização da instituição no momento da coleta de dados, reduzindo, com isso, o número de participantes.

CONCLUSÃO

O enfrentamento da violência obstétrica torna-se necessário, segundo o nível gerencial das instituições de saúde, para garantir um cuidado que esteja focado no respeito à mulher e à sua autonomia, como também para a fisiologia do parto e nascimento. Desse modo, o entendimento dos gestores sobre a problemática e a reafirmação com o modelo de humanização favorecem para que a mulher seja respeitada.

Ressalta-se que os gestores apresentaram um conceito amplo sobre a violência obstétrica, de acordo com a sua vivência profissional e também como seu entendimento sobre a temática. Entretanto, mesmo com a visão global sobre o conceito de violência obstétrica, verificaram-se “traços” de uma assistência voltada para a tecnocracia em sua gestão, mas já em processo de transformação, impulsionada pelas políticas públicas de saúde no campo da saúde sexual e reprodutiva, em especial a estratégia da Rede Cegonha.

Quanto à formação em serviço, apontou-se a Educação Permanente em Saúde como principal ferramenta de capacitação dos profissionais de saúde para reduzir os índices de violência obstétrica nas maternidades. A Educação Permanente, para esses gestores, garante o desenvolvimento de competências profissionais visando à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes para interagir e intervir na realidade, além de contribuir para a solução dos problemas oriundos da má formação ou da falta de capacitação.

Contribuiu-se para a identificação de ações utilizadas pelos gestores no enfrentamento à violência obstétrica, foco que não está centralizado em um profissional de saúde, mas no processo de gestão, de assistência e estrutura organizacional da rede de atenção à saúde das mulheres no campo da saúde reprodutiva. Infere-se que fundamentar o modelo assistencial assumido pela gestão na maternidade facilita a implicação dos profissionais de saúde na configuração do processo de trabalho qualificado e seguro para as mulheres e seus bebês no parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

1. 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 [acesso 2019 Jul 21];51(2):135-46. Disponível em: <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
2. Ijadunola MY, Olutu EA, Oyedun OO, Eferakeya SO, Ilesanmi FI, Fagbemi AT, Fasae OC. Lifting the veil on disrespect and abuse in facility-based child birth care: findings from South West Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019 [acesso 2019 Jul 21];19(1):39. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2188-8>
3. Oliveira VJ, Penna CMM. Cada parto é uma história: processo de escolha da via de parto. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 21];71(Suppl 3):1304-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0497>
4. Guimarães LBE, Jonas E, Amaral LROG. Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Rev Estud Feministas* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 21];26(1):e43278. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584.2018v26n143278>
5. Zanardo GLP, Uribe MC, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc* [Internet]. 2017 [acesso 2020 Ago 24]; 29:e155043. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29155043>.
6. Arachu C, Savage V. Obstetric violence as reproductive governance in the Dominican Republic. *Med Anthropol* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 21];38(2):123-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo, SP(BR): Hucitec; 2014.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 2011.
9. Barros TCX, Castro TM, Rodrigues DP, Moreira PGS, Soares ES, Viana APS. Assistência à mulher para a humanização do parto e nascimento. *Rev Enferm UFPE* [Internet] 2018 [acesso 2019 Jul 21];12(2):554-8. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/25368/27886>
10. Figueiredo MN, Menezes MLN, Monteiro EMLM, Aquino JM, Mendes NOG, Silva PVT. Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Nov 10];21(4):e20170087. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0087>
11. Alves VH, Barea R, Werneck VR, Grzibowski S, Rodrigues DP, Silva LA. Ethical care of the other: Edith Stein and Max Scheler's contributions. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2018 [acesso 2019 Jul 21];22(2):e20170382. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0382>
12. Ortega MCB, Cecagno D, Llor AMS, Siqueira HCH, Montesinos MJL, Soler LM. Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. *Rev. Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 [acesso 2019 Jul 21];23(3):404-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>
13. Aguiar JM, D'Oliveira AFP, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Nov 10];29(11):2287-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074912>
14. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Souza RMP. Non-compliance with the companion law as an aggravation to obstetric health. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jul 21];26(3):e5570015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005570015>

15. Santos ECP, Lima MR, Conceição LL, Tavares CS, Guimarães AMDN. Conhecimento e aplicação do direito do direito do acompanhante na gestação e parto. *Enferm Foco* [Internet] 2016 [acesso 2019 Jul 21];7(3/4):61-5. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n3/4.918>
16. Peixoto LS, Gonçalves LC, Costa TD, Tavares CMM, Cavalcanti ACD, Cortez EA. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. *Enferm Global* [Internet]. 2013 [acesso 2019 Jul 21];12(1):324-40. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n29/pt_revision1.pdf
17. Sousa AMM, Souza KV, Resende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2016 [acesso 2019 Jul 21];20(2):324-31. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160044>
18. Oliveira VJ, Penna CMM. Discussing obstetric violence through the voices of women and health professionals. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jul 21];26(2):e06500015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>
19. Reis TLR, Padoin SMM, Toebe TRP, Paula CC, Quadros JS. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. *Rev gaúcha Enferm* [Internet]. 2017 [acesso 2019 Jul 21];38(1):e64677. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.64677>

NOTAS

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - A violência obstétrica: com a palavra, os gestores das maternidades públicas da região metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, apresentada ao Programa de Pós-graduação na Atenção Materno-infantil, Universidade Federal Fluminense, em 2019.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Paula E, Alves VH, Rodrigues DP.

Coleta de dados: Paula E, Alves VH, Rodrigues DP.

Análise e interpretação dos dados: Paula E, Alves VH, Rodrigues DP.

Discussão dos resultados: Paula E, Alves VH, Rodrigues DP.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Paula E, Alves VH, Rodrigues DP, Felicio FC, Araújo RCB, Chamilco RASI, Almeida VLM.

Revisão e aprovação final da versão final: Paula E, Alves VH, Rodrigues DP, Felicio FC, Araújo RCB, Chamilco RASI, Almeida VLM.

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antonio Pedro, Universidade Federal Fluminense, parecer n. 2.090.537/2017, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética. CAAE: 59722816.4.0000.5243.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse.

HISTÓRICO

Recebido: 17 de setembro de 2019.

Aprovado: 12 de dezembro de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Diego Pereira Rodrigues

diego.pereira.rodrigues@gmail.com

