



UFAM

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO – ASSOCIADO UEPA/UFAM**



**UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO PARÁ**

CRISTIANE VIEIRA SOARES

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E GESTORES DE UMA
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE MANAUS SOBRE VIOLÊNCIA
INSTITUCIONAL**

MANAUS

2025

CRISTIANE VIEIRA SOARES

**PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E GESTORES DE UMA
MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE MANAUS SOBRE VIOLÊNCIA
INSTITUCIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará em Associação Ampla com a Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica

Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

Coorientadora: Profa. Dra. Lihsieh Marrero

MANAUS

2025

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

S676p

Soares, Cristiane Vieira

Percepção dos profissionais de enfermagem e gestores de uma maternidade de alto risco de Manaus sobre violência institucional / Cristiane Vieira Soares. - 2025.

91 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): David Lopes Neto.

Coorientador(a): Lihsieh Marrero.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Manaus, 2025.

1. Percepção. 2. Equipe de enfermagem. 3. Violência Institucional. 4. Serviços de Saúde Serviços de saúde materno-infant. 5. Enfermagem. I. Lopes Neto, David. II. Marrero, Lihsieh. III. Universidade Federal do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

CRISTIANE VIEIRA SOARES

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E GESTORES DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE MANAUS SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará em Associação Ampla com a Universidade Federal do Amazonas, como parte do requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica.

Aprovado em: 26/09/2025

Banca de examinadores:

Prof. Dr. David Lopes Neto (Presidente)
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho (Membro interno)
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Profa. Dra. Maria Suely de Sousa Pereira (Membro externa)
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Francisco dos Santos Soares e Maria Simara Barbosa Vieira, pelo amor incondicional, pelo exemplo de ética e humildade, e por me proporcionarem acesso à educação, mesmo sem terem tido a mesma oportunidade.

AGRADECIMENTOS

À Deus, centro da minha vida, que ilumina meu caminho e me fortalece com amor, coragem, perseverança e fé para enfrentar os obstáculos que contribuem para meu amadurecimento pessoal, profissional e espiritual.

Aos meus pais, Francisco e Simara, por serem meu alicerce na vida e meus maiores incentivadores.

Aos meus irmãos e sobrinhos, Samuel, Cristina, Adrian e Alice por sempre me apoiarem e acreditarem em mim.

Ao meu esposo, George Augusto, por ser meu companheiro nos dias bons e difíceis, por sempre me incentivar, apoiar e amar.

Ao meu filho, George Benício, que mesmo ainda no meu ventre já é a minha maior inspiração e o combustível que me impulsiona a ser uma pessoa melhor.

Aos meus amigos, que sempre torcem por mim e celebram cada conquista ao meu lado.

Ao Prof. Dr. David Lopes, pela acolhida, atenção, compreensão e pela generosidade em compartilhar seus conhecimentos.

À Profa. Dra. Lihsieh Marrero, por sua colaboração desde a residência em minha trajetória acadêmica, pelo incentivo, atenção e disponibilidade.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEPA/UFAM, pela valiosa oportunidade de cursar o mestrado acadêmico.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Amazonas (FAPEAM), pelo incentivo financeiro pela concessão da bolsa, o que oportunizou a realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo incentivo à pesquisa e educação.

RESUMO

Introdução: A violência institucional é um fenômeno que compromete a qualidade do atendimento e viola os direitos das mulheres no parto e nascimento. No contexto hospitalar, a percepção dos profissionais de enfermagem e gestores é fundamental para compreender como essas práticas se desenvolvem e perpetuam. Durante o período gravídico-puerperal, essa violência torna-se ainda mais impactante, prejudicando a saúde e o bem-estar da mulher e subvertendo o direito a um cuidado respeitoso e humanizado. **Objetivo:** Compreender a percepção de profissionais de enfermagem e gestores acerca da violência institucional em uma maternidade de alto risco de Manaus, Amazonas. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. A população alvo deste estudo foi constituída por profissionais de enfermagem e gestores. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e fevereiro de 2025, em uma maternidade de alto risco, referência no atendimento humanizado à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos impressos, os quais continham variáveis para caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos profissionais de enfermagem e dos gestores. Além de um roteiro semiestruturado que buscou investigar as experiências profissionais sobre o objeto do estudo. As entrevistas foram gravadas em áudio através de aparelho eletrônico com duração média de 18 minutos, posteriormente foram transcritas na íntegra, analisadas e interpretadas segundo a técnica de análise de conteúdo, proposta por Bardin, para auxiliar a análise das entrevistas, os resultados foram analisados em dois arquivos distintos no *software I RaMuTeq*, um referente aos gestores e outro aos profissionais de enfermagem, utilizando-se as técnicas de análise de similitude e classificação hierárquica descendente (CHD). **Resultados:** Participaram do estudo 17 profissionais, dos quais 04 eram gestores. O setor com maior número de participantes foi o pré-parto, parto e pós-parto com 7 profissionais (53,8%), seguido do centro cirúrgico obstétrico, com 6 (46,2%). A análise de similitude para o grupo de gestores identificou três núcleos principais: paciente, falar e profissional. Para os profissionais de enfermagem, a análise de similitude evidenciou conexões entre termos como paciente, profissional, médico, e violência obstétrica, o que corrobora a percepção de que as práticas assistenciais estão ligadas a situações de violência. Na análise CHD, o *corpus* textual dos profissionais de enfermagem e gestores apresentou aproveitamento superior a 80%. A partir do dendrograma gerado pela CHD, foi possível dividir em categorias temáticas de acordo com a interpretação das palavras agrupadas nas classes e das unidades de contexto elementar. Para os gestores emergiram as categorias: 1. Gestão, Infraestrutura e Desafios Organizacionais; 2. Comunicação, Coordenação e Violência

Institucional; 3. Cuidado ao Paciente e Práticas de Atendimento. Para os profissionais de enfermagem resultaram as categorias: 1. Práticas Clínicas e Condutas no Parto; 2. Estrutura, Recursos e Organização do Trabalho; 3. Direitos da Mulher, Acompanhante e Cuidado Humanizado. **Conclusão:** A violência institucional manifesta-se tanto nas limitações estruturais quanto nas relações de cuidado. Apesar da presença de práticas humanizadas, estas ainda se mostram incipientes e frequentemente limitadas pelas condições institucionais.

Palavras-chaves: Percepção; Equipe de enfermagem; Violência; Violência Institucional; Serviços de Saúde Serviços de saúde materno-infantil; Administração de Serviços de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: Institutional violence is a phenomenon that compromises the quality of care and violates women's rights during labor and birth. In the hospital context, the perception of nursing professionals and managers is fundamental to understanding how these practices develop and perpetuate. During the pregnancy-puerperal period, this violence becomes even more impactful, harming women's health and well-being and subverting the right to respectful and humanized care. **Objective:** To understand the perception of nursing professionals and managers regarding institutional violence in a high-risk maternity hospital in Manaus, Amazonas. **Method:** This is qualitative, exploratory and descriptive research. The target population of this study was made up of nursing professionals and managers. Data collection took place between January and February 2025, in a high-risk maternity hospital, a reference in humanized care for pregnant women, women in labor, postpartum women and newborns. Data were collected using two printed instruments, which contained variables to characterize the sociodemographic and professional profile of nursing professionals and managers. In addition to a semi-structured script that sought to investigate professional experiences regarding the object of the study. The interviews were recorded in audio using an electronic device with an average duration of 18 minutes. They were later transcribed in full, analyzed and interpreted according to the content analysis technique, proposed by Bardin, to assist in the analysis of the interviews. The results were analyzed in two different files in the IRaMuTeq software, one referring to managers and the other to nursing professionals, using the techniques of similarity analysis and descending hierarchical classification. **Results:** 17 professionals participated in the study, of which 4 were managers. The sector with the highest number of participants was pre-delivery, childbirth and post-partum with 7 professionals (53.8%), followed by the obstetric surgical center, with 6 (46.2%). The similarity analysis for the group of managers identified three main nuclei: patient, speaking and professional. For nursing professionals, the similarity analysis highlighted connections between terms such as patient, professional, doctor, and obstetric violence, which corroborates the perception that care practices are linked to situations of violence. In the CHD analysis, the textual corpus of nursing professionals and managers showed a success rate of more than 80%. From the dendrogram generated by CHD, it was possible to divide into thematic categories according to the interpretation of the words grouped in the classes and elementary context units. For managers, the following categories emerged: 1. Management, Infrastructure and Organizational Challenges; 2. Communication, Coordination and Institutional Violence; 3. Patient Care and

Service Practices. For nursing professionals, the following categories resulted: 1. Clinical Practices and Conduct during Childbirth; 2. Structure, Resources and Organization of Work; 3. Women's Rights, Companions and Humanized Care. **Conclusion:** Institutional violence manifests itself both in structural limitations and in care relationships. Despite the presence of humanized practices, they are still incipient and often limited by institutional conditions.

Keywords: Perception; Nursing team; Violence; Institutional Violence; Health Services Maternal and child health services; Health Services Administration; Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Análise de Similitude dos Gestores	34
Figura 2 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente dos Gestores	35
Figura 3 - Dendrograma da Classificação das Categorias dos Gestores	36
Figura 4 - Análise de Similitude dos Profissionais de Enfermagem	44
Figura 5 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente dos Profissionais de Enfermagem	45
Figura 6 - Dendrograma da Classificação das Categorias dos Profissionais de Enfermagem ..	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos Gestores – dados sociodemográficos, econômico e profissional, Manaus, AM, Brasil.	31
Tabela 2 - Caracterização dos Profissionais de Enfermagem – dados sociodemográficos, econômico e profissional, Manaus, AM, Brasil.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACR	Acolhimento com Classificação de Risco
ALCON	Alojamento Conjunto
CCO	Centro Cirúrgico Obstétrico
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EEM	Escola de Enfermagem de Manaus
FAPEAM	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher
PPP	Pré-Parto, Parto e Pós-Parto
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
POPs	Protocolos Operacionais Padrão
RN	Recém-nascido
ST	Segmentos de texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCE	Unidades de Contexto Elementar
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
VI	Violência Institucional
VO	Violência Obstétrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Pergunta de Pesquisa.....	17
1.2. Justificativa	17
2. OBJETIVOS.....	19
2.1. Geral.....	19
2.2. Específicos	19
3. REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1. Violência institucional contra a mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto: conceito, legislação e dados	20
3.2. Atenção à saúde da mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto	21
3.3. Gestação de alto risco e a inter-relação com a violência institucional.....	23
3.4. Profissionais de enfermagem e gestores no contexto da violência institucional.....	24
4. MÉTODOS	26
4.1. Tipo de estudo	26
4.2. Local do estudo	26
4.3. Período da coleta	26
4.4. População do estudo.....	26
4.5. Coleta de dados	27
4.6. Análise de dados	28
4.7. Aspectos éticos.....	30
5. RESULTADOS.....	31
5.1. Caracterização dos participantes do estudo.....	31
5.2. Gestores.....	33
5.2.1. Categoria 1 – Gestão, Infraestrutura e Desafios Organizacionais	36
5.2.2. Categoria 2 – Comunicação, Coordenação e Violência Institucional	38
5.2.3. Categoria 3 – Cuidado ao Paciente e Práticas de Atendimento.....	42
5.3. Profissionais de enfermagem	43
5.3.1. Categoria 1 – Práticas Clínicas e Condutas no Parto	46
5.3.2. Categoria 2 – Estrutura, Recursos e Organização do Trabalho	52
5.3.3. Categoria 3 – Direitos da Mulher, Acompanhante e Cuidado Humanizado	58
6. DISCUSSÃO.....	61
6.1. Gestores.....	61
6.1.1. Categoria 1 – Gestão, Infraestrutura e Desafios Organizacionais	61
6.1.2. Categoria 2 – Comunicação, Coordenação e Violência Institucional	63
6.1.3. Categoria 3 – Cuidado ao Paciente e Práticas de Atendimento.....	64
6.2. Profissionais de enfermagem	65
6.2.1. Categoria 1 – Práticas Clínicas e Condutas no Parto	65
6.2.2. Categoria 2 – Estrutura, Recursos e Organização do Trabalho	67
6.2.3. Categoria 3 – Direitos da Mulher, Acompanhante e Cuidado Humanizado	69
7. CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	83
APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O GESTORES.....	84
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E GESTORES	85
ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP/UFAM	88
ANEXO B – Termo de Anuência	91

1. INTRODUÇÃO

A violência constitui um grave problema social, não sendo considerada um fenômeno novo nas relações humanas (Botelho; Carvalho, 2012). Nos cenários de representações de práticas violentas, destaca-se a violência institucional, a qual se configura como aquela que ocorre dentro das instituições de saúde devido às falhas estruturais e práticas discriminatórias de abuso de poder (Bellamy; Castro, 2019). No âmbito da atenção obstétrica, a violência institucional tem sido apontada em alguns estudos (Aguilar; D'Oliveira; Schraiber, 2013; Marrero, 2019; Moreira *et al.*, 2020; Stöckl; Sorenson, 2024) como resultado da precariedade e falta de investimento no sistema de saúde, podendo acontecer em qualquer momento durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal, afetando direta ou indiretamente à mulher.

Por vezes, os termos “violência institucional” e “violência obstétrica” são empregados como sinônimos, porém, alguns autores distinguem, sendo o primeiro mais abrangente por incluir desde a má qualidade do serviço de saúde, além da falta de acesso a ele e o segundo é restrito a mulher em questões de cunho social como a de gênero, raça e classe, sendo este compreendido como um desdobramento da violência institucional (Aguilar *et al.*, 2020; Brilhante; Jorge, 2020; Leite *et al.*, 2022; Moreira *et al.*, 2020).

A violência institucional é recorrente na assistência hospitalar, manifestando-se de diversas formas: por meio da intimidação, ao proibir acompanhantes; negligência, ao omitir informações; maus tratos, ao negar as necessidades básicas do paciente; violação dos direitos reprodutivos, ao não oferecer cuidados no pós-parto imediato e ao impor procedimentos; instalações inadequadas, ao não garantir privacidade; falta de recursos, ao não disponibilizar insumos para atendimento; peregrinação, ao não dispor de leitos para internação da mulher (Bellamy; Castro, 2019; Moreira *et al.*, 2020; Porter; López-Ângulo, 2022; Sens; Stamm, 2019).

No tocante às manifestações da violência obstétrica, elas se caracterizam por práticas que envolvem procedimentos desnecessários e sem evidências científicas, submetendo a mulher a situações vexatórias e desrespeitando suas decisões sobre seu próprio corpo, perpetrado pelos profissionais de saúde. Indicar cesárea sem critérios clínicos, realizar toques vaginais repetitivos, impor a posição litotômica, aplicar a manobra de Kristeller e retirar o recém-nascido do campo de visão da mãe, impedindo o contato pele a pele, são algumas das formas de violência obstétrica (Bitencourt; Oliveira; Rennó, 2023; Lansky *et al.*, 2019; Leite *et al.*, 2022; Medeiros; Nascimento, 2022). Em contrapartida, a violência institucional no cenário obstétrico ultrapassa a esfera da conduta individual dos profissionais, manifestando-se nas deficiências

estruturais e organizacionais dos serviços, evidenciando as fragilidades do sistema de saúde que permitem e perpetuam tais práticas (Diniz *et al.*, 2015; Moreira *et al.*, 2020; Moura *et al.*, 2021).

Para a Organização Pan-Americana da Saúde, aproximadamente uma em cada três mulheres em idade fértil, cerca de 736 milhões, sofreu algum tipo de violência, seja física e/ou sexual, cometida por um parceiro ou por um não parceiro. Diversos fatores estão associados ao aumento do risco de perpetração da violência, dos quais são inter-relacionados. Entre esses fatores, destacam-se a baixa escolaridade, a desigualdade de gênero e o uso nocivo de álcool. Ainda, a violência por parte de parceiros e a violência sexual podem resultar em gestações indesejadas e contribuir para o aumento da morbimortalidade materna (OPAS, 2021).

Estima-se que uma proporção significativa de mulheres tenham sido vítimas de alguma forma de violência durante a assistência ao parto e nascimento nas instituições brasileiras (Brilhante; Jorge, 2020; Lansky *et al.*, 2019; Leite *et al.*, 2023). A prevalência de violência institucional variou entre 18,3% e 44, 3%, segundo estudos de base populacional realizados no país entre 2011 e 2016 (Leite *et al.*, 2022; Marrero; Brüggemann, 2018; Sens; Stamm, 2019).

Cerca de 82,44% das puérperas não perceberam que sofreram algum tipo de violência no parto. Esse dado pode indicar a normalização dessa prática ou uma falta de conscientização sobre os direitos das mulheres durante o processo parturitivo (Guimarães, 2021). Este é um dos desafios no enfrentamento da violência institucional, pois, com frequência, esse tipo de violência ocorre de maneira velada, comumente mesclada aos protocolos de atendimento (Aguar; D'Oliveira; Schraiber, 2013).

No Amazonas, entre 2008 e 2018, foram protocoladas e analisadas 43 denúncias a respeito da violência no cenário obstétrico, onde foram identificadas 13 instituições de saúde, tanto no âmbito público quanto no privado. Cerca de 29 técnicas foram consideradas violentas, principalmente aquelas associadas ao comportamento e à atuação dos profissionais de saúde, por meio de agressões/humilhações verbais, proibição de acompanhante, descaso, abandono, desrespeito, constrangimento, humilhação, ameaça e coação (Martins; Vasconcelos; Correa; Pontes, 2022).

Especificamente em Manaus, em 2021, foi percebida a existência e recorrência da violência em uma maternidade pública de referência a gestação de alto risco, em que foi constatado mais de um tipo de violência, seja a simbólica, física, moral, psicológica e sexual no atendimento ao pré-natal, pré-parto, parto, pós-parto e abortamento, o que ressalta a complexidade e gravidade da situação (Pinheiro *et al.*, 2021).

No âmbito da assistência obstétrica, os profissionais de enfermagem e os gestores desempenham um papel fundamental e estão no centro das questões relacionadas à violência

institucional. Os técnicos de enfermagem e enfermeiros são importantes mediadores para a oferta de cuidados de saúde a gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos, nos quais, durante o parto e o nascimento, enfrentam diversas cargas emocionais, éticas e práticas ao lidar nesse ambiente complexo (Paula *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2024). Diante disso, é essencial explorar a percepção dos profissionais de enfermagem e gestores acerca das suas experiências com a violência institucional.

1.1. Pergunta de Pesquisa

Qual a percepção dos profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) e dos gestores (coordenadores, gerente de enfermagem e diretor geral), acerca das suas experiências com a violência institucional em uma maternidade de alto risco de Manaus-AM?

1.2. Justificativa

A literatura evidencia que a violência institucional constitui uma questão multifatorial e preocupante no contexto da assistência à saúde materna, manifestando-se por meio de negligência, desrespeito, abuso físico, verbal, psicológico e falhas estruturais direcionadas às gestantes durante o ciclo gravídico-puerperal. Esse fenômeno transcende os cuidados obstétricos, impactando diretamente as relações entre gestantes e profissionais de saúde, assim como a gestão das unidades (Aguilar *et al.*, 2020; Diniz *et al.*, 2015). No entanto, há lacunas de conhecimento quanto à percepção dos profissionais de enfermagem e gestores, uma vez que essa prática tem se tornado cada vez mais rotineira, tanto na esfera da gestão quanto na assistência direta aos pacientes.

O interesse pelo tema surgiu durante minha atuação como residente no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, ao observar que a violência não se limita ao concerne obstétrico, mas se manifesta de forma institucional e velada, envolvendo falhas organizacionais e estruturais. Nesse contexto, as consequências da violência para a mulher podem passar muitas vezes despercebidas pelos profissionais de saúde, o que reforça a necessidade de compreender esse fenômeno. Essa compreensão permitirá identificar os fatores que contribuem para a perpetuação de práticas desrespeitosas e promover ações que assegurem segurança, dignidade e respeito aos direitos das gestantes ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal.

Para enfrentar a violência institucional, é necessário um esforço multifacetado que envolva educação, políticas públicas e engajamento social. Além disso, o enfrentamento da

violência institucional é relevante para a Enfermagem enquanto ciência e profissão, pois reforça o compromisso ético e técnico dos profissionais em garantir atenção humanizada às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. Para as gestantes, o combate a esse tipo de violência representa a proteção de direitos fundamentais e a promoção da dignidade humana.

Destarte, o levantamento de novas evidências possibilitará um panorama local para compreender sua magnitude, além de promover a articulação intersetorial no desenvolvimento de estratégias junto aos profissionais de saúde voltadas para a promoção de práticas mais respeitosas e compassivas, visando reduzir a incidência de violência institucional e melhorar a qualidade do cuidado prestado às gestantes.

No que diz respeito à área de concentração do programa, o estudo encontra respaldo por abordar uma problemática que reflete as desigualdades estruturais e sociais presentes na região, que repercute diretamente na saúde das mulheres e dos profissionais. Do mesmo modo, justifica-se na linha de pesquisa, ao fortalecer a divulgação científica sobre a percepção de profissionais de enfermagem e gestores a respeito do fenômeno da violência institucional em uma maternidade de alto risco, contribuindo para a compreensão das especificidades da região Norte.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Compreender a percepção dos profissionais de enfermagem e gestores acerca da violência institucional em uma maternidade de alto risco de Manaus-AM.

2.2. Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e profissional dos participantes;
- Apreender, sob o prisma da violência institucional, a percepção de gestores sobre o cuidado à gestante de alto risco na hora do parto e sua relação com as normas e rotinas do setor;
- Desvelar, sob o prisma da violência institucional, a percepção de profissionais de enfermagem que atuam nos setores de pré-parto, parto e pós-parto e centro cirúrgico obstétrico sobre o cuidar da gestante de alto risco na hora do parto e sua relação com as normas e rotinas desse setor.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Esta sessão foi organizada em quatro tópicos. No primeiro, aborda-se a respeito da violência institucional contra a mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto. No segundo, desenvolve-se uma análise sobre as políticas públicas de saúde de atenção à saúde da mulher diante do parto e nascimento. No terceiro, descreve-se a respeito da gestação de alto risco e a inter-relação com a violência institucional e, por fim, no quarto tópico, será tratado sobre os profissionais de enfermagem e os gestores no contexto da violência institucional.

3.1. Violência institucional contra a mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto: conceito, legislação e dados

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (Krug *et al.*, 2002, p.5).

Na literatura, a violência institucional e a violência obstétrica ora são conceituadas como similares, ora distintas. Bohren *et al.* (2015) explicam que elas se sobrepõem, mas não são sinônimas, pois a primeira é direcionada à estrutura inadequada, uma vez que independe dos profissionais de saúde. A segunda incide, excepcionalmente, sobre a equipe de saúde, em perpetuar essa violência no cenário obstétrico. Para Leite (2017), a violência obstétrica deve ser considerada como uma violência institucional e de gênero, conforme o preconizado pelos tratados da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra Mulher e a Convenção de Belém do Pará (Brasil, 2002).

A violência institucional, no Brasil, é entendida como a praticada nos serviços, seja por ação ou omissão, incluindo diferentes formas como a falta de acesso, má qualidade dos serviços, abusos cometidos em virtude das relações de poder desigual entre usuários e profissionais dentro das instituições (Brasil, 2002). De acordo com a Lei nº 14.321/2022, a violência institucional ocorre quando são realizados procedimentos desnecessários, repetitivos ou invasivos, que leve a vítima a reviver, sem estrita necessidade, a situação de violência, podendo o responsável pelo ato receber punição com detenção de três meses a um ano e multa (Brasil, 2022a).

No Amazonas, foi publicada a Lei nº 4.848, que instituiu medidas de proteção contra a violência obstétrica (VO) no Estado do Amazonas, entende-se por VO “apropriação do corpo

e dos processos reprodutivos das mulheres, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos” (Amazonas, 2019a).

Uma investigação conduzida nas maternidades da região metropolitana de Florianópolis, no sul do país, identificou que os tipos de violência institucional mais frequentes nos relatos de acompanhantes da mulher no parto foram a estrutural (59,2%) e a física (31,4%), geralmente associadas a precariedade da estrutura das instituições (Marrero *et al.*, 2020). Em outros cenários obstétricos brasileiros, a infraestrutura das maternidades também foi apontada como fator intensificador da violência institucional (Kopereck *et al.*, 2018; Sens; Stamm, 2019).

Diante disso, a análise da violência institucional evidencia que tais práticas não são apenas questões individuais, mas refletem falhas estruturais, organizacionais e culturais presentes nos serviços de saúde. A precariedade da infraestrutura, a repetição de procedimentos desnecessários e o desrespeito à autonomia da mulher demonstram a urgência de intervenções que promovam a humanização do cuidado, a capacitação contínua dos profissionais e a implementação de políticas públicas efetivas (Marrero, Brüggemann, 2018; Moreira *et al.*, 2020).

3.2. Atenção à saúde da mulher em trabalho de parto, parto e pós-parto

Os direitos reprodutivos das mulheres no Brasil foram significativamente marcados pelo movimento feminista, que foi de extrema importância para as conquistas alcançadas (Dias *et al.*, 2018). Essa mobilização lutou contra as desigualdades de gênero, que deixavam a população feminina em situação de vulnerabilidade. As mulheres eram frequentemente relegadas a empregos menos qualificados, trabalhavam mais horas e ganhavam menos, o que resultava em impactos negativos diretos em sua saúde (Souto; Moreira, 2021).

Até 1980, as políticas e diretrizes voltadas à saúde da mulher eram limitadas à vida reprodutiva e aos cuidados com a prole, não atendendo às necessidades que iam além da maternidade. Em 2004, inspirada no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e aprofundando o compromisso do SUS com as mulheres, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta política visa assegurar que as mulheres recebam atendimento de saúde integral, inclusivo e equitativo (Brasil, 2004a).

As recomendações abordadas pela PNAISM, consideram a ampliação do acesso à mulher nos serviços de atenção à saúde nos três níveis de assistência, a captação precoce e busca ativa das usuárias, a promoção da saúde, a humanização no atendimento e disponibilidade

de recursos tecnológicos e uso apropriado, conforme os critérios de evidência científica (Brasil, 2004a).

Em 2005, foi publicada a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, que assegurou ações que garantam o aprimoramento do sistema de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, com garantia da cobertura e da qualidade no acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal (Brasil, 2005a). No mesmo ano, foi expedida a Lei nº. 11.108, conhecida como a “Lei do Acompanhante”, que determina a permanência de um acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato nas instituições públicas e/ou privadas (BRASIL, 2005b).

Ainda, no ano de 2008, foi publicada a Resolução nº. 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2008), que estabelece normas para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Esta resolução abrange aspectos como as instalações físicas, protocolos e rotinas, além de especificar o treinamento necessário para os profissionais envolvidos no atendimento à parturiente e seu acompanhante.

Em 2011, vislumbrou-se ampliar os direitos das mulheres em todo o período gravídico-puerperal e das crianças até os dois anos. Com isso, foi publicada a Rede Cegonha, por meio da Portaria Ministerial nº 1.429/2011, que trata sobre a melhoria do atendimento às mulheres e às crianças, disponibilizando atendimento de pré-natal, garantia de exames e da vinculação da gestante a uma maternidade de referência. Essa portaria busca assegurar que as gestantes não precisem peregrinar em busca de assistência, garantindo um acompanhamento contínuo e de qualidade durante a gestação, parto e puerpério, além de cuidados essenciais para as crianças nos seus primeiros anos de vida (Brasil, 2011).

Em 2024, a Rede Cegonha foi atualizada e renomeada, dando origem à Rede Alyne, que se configura como a consolidação de um modelo de atenção à saúde materna voltado para a humanização do pré-natal, parto e nascimento. Esse modelo reforça o protagonismo da gestante e a assistência qualificada da enfermagem obstétrica, visando melhorar os indicadores de saúde materna e neonatal. Entre suas principais ações, destacam-se a garantia de vagas para gestantes em maternidades, a integração do cuidado com as equipes de Saúde da Família, a ampliação do acesso a exames neonatais e a incorporação de novos testes rápidos, como os voltados ao HTLV e às hepatites B e C. Além disso, prevê a expansão dos Centros de Parto Normal e a reestruturação de maternidades, reafirmando o compromisso com uma assistência segura, humanizada e resolutiva. (Brasil, 2024).

No Amazonas, corroborando com as políticas públicas do governo federal, em 2019, foram publicados dois instrumentos legais que asseguram às mulheres o atendimento

humanizado, digno e baseado em evidências científicas. Sendo estes, a Lei Estadual nº 4.749, que dispõe ao direito a receber assistência humanizada na rede pública estadual e a Lei de nº 4.848, que dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência no cenário obstétrico, tanto no âmbito público, como no privado (Amazonas, 2019a; Amazonas, 2019b; Martins; Vasconcelos; Correa; Pontes, 2022).

Para assegurar e fortalecer as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, foi sancionada a Lei nº 14.321 em 2022. Esta lei estabelece diretrizes e medidas específicas para prevenir e combater a violência institucional no Brasil, alinhando-se com as recomendações internacionais para promover um atendimento mais respeitoso e humanizado (Brasil, 2022a).

3.3. Gestação de alto risco e a inter-relação com a violência institucional

A gestação é marcada por inúmeros processos fisiológicos sofridos no corpo da mulher, demarcado desde a concepção até o nascimento do recém-nascido, que, em sua maioria, cursa sem complicações. Durante essa fase, a expectativa para o nascimento, torna-se um momento único, representado conforme o contexto social em que a mulher está inserida, o qual, no âmbito hospitalar, geralmente não é respeitado, tornando-a vítima de violência institucional (Bittencourt *et al.*, 2020; Gadelha *et al.*, 2020).

Considera-se, ainda, um período de vulnerabilidade, no qual algumas mulheres podem desenvolver morbidades e complicações relacionadas ao processo gestacional, com potencial de aumentar a morbimortalidade materna. Tais condições podem afetar negativamente o enfrentamento, o bem-estar e a saúde mental das gestantes. Para mitigar esses efeitos, torna-se fundamental investir em intervenções preventivas e de suporte que as capacitem a sentir-se otimizadas e no controle de sua gestação (Williamson *et al.*, 2023).

A assistência ao pré-natal visa sobretudo o acompanhamento da gestação e a estratificação do risco obstétrico, sendo um dos fatores determinantes para a redução da mortalidade materna, objetivando predizer quais mulheres tem maiores chances de ter um evento adverso a saúde, baseado em condições clínicas, que levam em consideração as características individuais e sociodemográficas, histórico reprodutivo anterior, condições clínicas prévias à gestação, intercorrências obstétricas na gestação atual, além de situações de urgência/emergência a serem avaliadas no contexto hospitalar. Sendo assim, a gestação de alto risco é aquela na qual a vida ou a saúde da mãe, e/ou do feto e/ou do recém-nascido têm maiores chances de sofrerem alguma complicação e, por conseguinte, maior exposição a situações de violência institucional (Brasil, 2022b; Brilhante; Jorge, 2020).

Essas complicações podem ser pré-existentes à gravidez ou surgir durante o período gestacional. Exemplos incluem hipertensão gestacional, diabetes gestacional, gravidez múltipla, idade materna avançada, entre outras condições clínicas. O manejo adequado dessa condição envolve um acompanhamento mais frequente aos serviços especializados de referência e contrarreferência (Alves *et al.*, 2021; Brasil, 2022b; Medeiros *et al.*, 2019).

Aproximadamente 15% do total de gestações no Brasil, o que equivale a cerca de 470 mil ao ano, são classificadas como gestações de alto risco. Embora essa classificação não denote uma patologia específica, essas gestações apresentam potencial para desfechos desfavoráveis tanto para a mulher quanto para o feto e o recém-nascido, destacando a necessidade de estudos e intervenções específicas nessa área de cuidado obstétrico (Brasil, 2015).

O acompanhamento ao pré-natal de alto risco visa identificar, monitorar e tratar precocemente quaisquer complicações ou condições que possam colocar em risco a saúde da mãe e do bebê, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impactar na saúde materna (Medeiros *et al.*, 2019). Além disso, é de suma importância a articulação entre as três esferas de atenção à saúde, sendo elas a atenção básica, a especializada e a hospitalar, para atuarem de forma integrada e contínua, garantindo acompanhamento gestacional adequado pela equipe de saúde (Rolim; Gabriel; Mota; Quental, 2020).

A interligação entre a violência institucional e a gestação de alto risco é ainda mais notória quando se observa o fenômeno da violência simbólica e estrutural sob a perspectiva da desigualdade e exclusão social. Destarte, há a negação da possibilidade de oportunidades e equidade de acesso às políticas públicas de saúde (Brilhante; Jorge, 2020).

3.4. Profissionais de enfermagem e gestores no contexto da violência institucional

A Política Nacional de Humanização, alinhada à Política Nacional de Educação Permanente de 2004, destaca a capacitação dos profissionais de saúde como um de seus pilares fundamentais, dado que, na realidade assistencial brasileira, a enfermagem representa a maior massa de trabalho na saúde, tornando essa capacitação essencial para transformar a realidade institucional. A ausência de qualificação adequada nos serviços de saúde obstétricos pode favorecer a perpetuação da violência institucional, dessa maneira, o aprimoramento dos profissionais de enfermagem delineia-se uma tática estratégica e necessária para o enfrentamento dessa problemática (Brasil, 2004b; Brasil, 2004c; Peixoto *et al.*, 2013).

Ainda, nesse enredo, sabendo-se da necessidade de ruptura com ideais tecnocráticos, que subjugam o desejo e subjetividade do ser assistido, sendo neste caso a mulher no período gravídico-puerperal, surge a figura do gestor, como agente de transformação do modelo

assistencial para um molde humanizado (Paula *et al.*, 2020). Reis *et al.* (2017) revelam que o gestor tem um papel fundamental na promoção da formação dos profissionais de saúde de uma instituição, garantindo a articulação entre a prática com o cuidado sensível, amparado nas evidências científicas, a fim de resgatar o protagonismo da mulher no processo de parturição.

Em um estudo realizado na cidade de Salvador, Bahia, o qual trata da violência institucional à criança hospitalizada na perspectiva dos profissionais de saúde, revelou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem desconhecia o conceito de violência institucional. Apenas após serem orientados sobre a definição e as características dessa forma de violência, os participantes identificaram que ela está relacionada a problemas na infraestrutura hospitalar, como falta de material, sucateamento de equipamentos e mobiliário, inadequações no espaço físico e déficit de pessoal. E que tais situações determinavam atrasos nos procedimentos e exames, o que repercutiu de forma negativa no atendimento de saúde (Santos *et al.*, 2023).

Durante a pandemia da COVID-19, observou-se que as estratégias de enfrentamento dos gestores à violência foram aquém das necessidades reais dos trabalhadores de enfermagem, tanto no cenário público quanto no privado. Tal fato exprime que as ocorrências de violência institucional foram tratadas de maneira subjetiva e velada, sem análises criteriosas sobre a ocorrência ou não, ainda que tardia, de efeitos deletérios à vítima, testemunha, usuário ou até mesmo à sociedade. Sob a mesma óptica, outro estudo revelou que sintomas psicológicos e o desenvolvimento de transtornos mentais em trabalhadores de enfermagem no período pandêmico, estavam diretamente associados ao nível de apoio/suporte emocional organizacional ofertado pelos gestores, o que reforça a importância que o gestor possui no reflexo da violência sofrida pela equipe e pelo usuário do serviço de saúde (Fernandes; Sala; Horta, 2018; Somani, *et al.*, 2018).

4. MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para sua realização e visa fornecer informações detalhadas sobre o objeto estudado, não há necessidade da formulação de hipóteses a serem testadas, podendo restringir-se à definição dos objetivos e buscas de informações sobre determinado assunto (Raupp; Beuren, 2006).

O estudo descritivo tem como objetivo caracterizar uma população ou evento, sem manipular suas variáveis, buscando compreender os aspectos do fenômeno, bem como suas causas e consequências, por meio da observação e da análise detalhada dos dados coletados (Minayo, 2014). Nesse sentido, a abordagem qualitativa permite uma compreensão aprofundada dos saberes sociais relacionados à natureza humana, tanto no pensar quanto no agir, considerando as práticas e experiências vivenciadas pelos indivíduos (Prodanov; Freitas, 2013).

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade de referência no atendimento de alto risco à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido.

É uma instituição pública de gestão estadual, referência para o atendimento à gestação de alto risco. Anualmente, registra atendimento em cerca de 8.000 partos, assistidos por médicos e enfermeiros obstetras. A instituição oferece à população atendimento humanizado ao parto e nascimento, cirurgias obstétricas, exames laboratoriais e de imagem, atendimento clínico e de urgência obstétrica e neonatal. Sua infraestrutura dispõe de admissão, Acolhimento com classificação de risco (ACR), quartos para Pré-Parto, Parto e Pós-Parto (PPP) com 12 leitos, 9 leitos de Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) e Alojamento Conjunto (ALCON) com 104 leitos que podem receber mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

4.3. Período da coleta

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro e fevereiro de 2025.

4.4. População do estudo

A população deste estudo foi constituída por profissionais de enfermagem e gestores da maternidade. Foram elegíveis para o estudo enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam

no PPP e no CCO, com experiência mínima de seis meses. Foram excluídos profissionais que atuavam como professores ou preceptores de instituições de ensino, uma vez que se tratava de um hospital-escola, ou seja, aqueles que não possuíam vínculo profissional com a instituição, bem como os que atuavam no período noturno, pois a coleta de dados ocorreu durante o período diurno.

Para fins de participação no estudo, foram considerados como gestores: diretor geral da instituição, gerente de enfermagem e coordenadores dos setores CCO e PPP. Para serem incluídos, os gestores deveriam estar no cargo há, pelo menos, dez meses. Foram excluídos os gestores que estavam afastados de suas atividades assistenciais, em gozo de férias ou licenças.

Foi utilizada uma amostra de conveniência, buscando-se profissionais que já tivessem experiência com o fenômeno estudado, a fim de maximizar a riqueza das informações. Participaram do presente estudo 17 indivíduos, de um universo de 69 profissionais elegíveis. Dentre as entrevistas realizadas, 13 incluíram enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuavam na sala de parto e no centro cirúrgico, prestando assistência direta às mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Além disso, participaram quatro gestores, a saber: um diretor-geral, uma coordenadora do CCO, uma coordenadora do PPP e uma gerente de enfermagem.

4.5. Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de 02 instrumentos impressos, os quais continham variáveis para caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico e profissional dos profissionais de enfermagem e gestores. Além de um roteiro semiestruturado que pretendia investigar as experiências profissionais sobre o objeto do estudo, com as respectivas perguntas de pesquisa por participante: *Instrumento 01 - Profissional de Enfermagem do PPP e CCO*: 1. Como você cuida da gestante e/ou parturiente de alto risco nesse setor?; 2. Fale sobre os principais desafios enfrentados no cuidado de gestantes e/ou parturientes de alto risco no pré-parto, parto e pós-parto, considerando tanto as limitações estruturais, quanto a comunicação verbal e não verbal. Como você lida com isso?; 3. Como as normas e rotinas desse setor influenciam esses cuidados?; 4. O que você entende sobre violência institucional (VI)?; 5. Relate-me situações que você presenciou a VI. Caso não tenha presenciado, você soube de alguma situação na instituição?; 6. O que você faz enquanto profissional para manejar essas situações de VI. *Instrumento 02 – Gestores*: 1. Como a instituição promove a assistência à gestante e/ou parturiente de alto risco?; 2. Fale sobre os principais desafios que a instituição enfrenta na assistência ao cuidado de gestantes e/ou parturientes de alto risco no pré-parto, parto

e pós-parto, considerando tanto as limitações estruturais, quanto a comunicação verbal e não verbal. Como a instituição lida com isso?; 3. Como as normas e rotinas da instituição, considerando os setores PPP e CCO, influenciam esses cuidados? Qual é a sua participação enquanto gestor na elaboração e implementação dessas normas e rotinas?; 4. O que você entende sobre violência institucional (VI)?; 5. Relate-me situações que você presenciou a VI. Caso não tenha presenciado, você soube de alguma situação na instituição?; 6. O que você faz enquanto gestor para manejar essas situações de VI.

A entrevista foi escolhida como técnica individual de diálogo dirigido por um objetivo, com capacidade de captar informações aprofundadas da experiência e percepção dos participantes em um ambiente mais propício, evitando constrangimento e conflitos de interesses. A característica semiestruturada permitiu maior flexibilidade e abertura à interação entre pesquisadores e entrevistados, seguindo um roteiro básico orientador (Figueiredo, 2008).

O encerramento da coleta de dados e a definição da amostra foram orientados pelo critério de saturação, que ocorre quando os depoimentos dos participantes deixam de trazer informações novas ou relevantes para a compreensão do fenômeno investigado. Para Alcântara *et al.*, (2020), a saturação possibilita a integração das unidades de significado, permitindo apreender de forma aprofundada o cerne da investigação e garantindo que os dados coletados sejam suficientes para atender aos objetivos do estudo.

Todas as entrevistas foram realizadas em salas dos setores, durante os intervalos de atendimento, de maneira individual, com a prévia exposição dos objetivos da pesquisa, de seus riscos e benefícios, com duração média de 18 minutos. Vale ressaltar que as entrevistas foram gravadas, com autorização prévia dos participantes, e transcritas. Após a transcrição, as falas dos participantes foram codificadas e categorizadas.

Para assegurar a privacidade e o sigilo quanto aos dados coletados, os participantes foram codificados pelas letras G (Gestor) e P (Profissionais), seguidos de um algarismo arábico (G1, G2, P1, P2,...), conforme a sequência do número da realização das entrevistas. Foi utilizada essa identificação, com o intuito de resguardar a identidade e para garantir o anonimato dos participantes.

4.6. Análise de dados

As variáveis referentes às caracterizações sociodemográficas, econômicas e profissionais foram organizadas e tabuladas no *software Microsoft Excel®* versão 2019, sendo submetidas ao tratamento estatístico descritivo por meio do cálculo de frequências simples e percentuais.

O conteúdo em áudio das entrevistas foram reproduzidas, transcritas e organizadas na íntegra com o auxílio do programa TurboScribe, cujo conteúdo textual foi armazenado no *software Microsoft Office Word® 2010*.

Para o processamento e a análise qualitativa dos dados textuais, utilizou-se a versão 0.8 alpha 7 do *software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*, de acesso livre e ancorado no *software* estatístico R. Esse programa possibilita diferentes procedimentos analíticos aplicados a textos, como a análise de similitude, a classificação hierárquica descendente (CHD), a nuvem de palavras, as análises de especificidades e a análise fatorial de correspondência (Moimaz *et al.*, 2016). No presente estudo, foram empregadas a CHD e a análise de similitude, por permitirem identificar as estruturas de sentido mais recorrentes e as conexões entre os termos presentes nos discursos dos participantes.

Dessa forma, as informações coletadas foram analisadas e interpretadas utilizando-se a técnica metodológica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

O termo análise de conteúdo designa:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 47).

Segundo o referencial metodológico de Bardin (2011), a aplicação da análise de conteúdo utiliza-se três fases:

- 1) Pré-análise: essa fase correspondeu ao tratamento do texto e à definição do *corpus textual*. Após, foi realizada a formatação do *corpus textual*. No processo, as respostas foram colocadas em dois arquivos (gestores e profissionais), os quais foram analisados de forma separada. Em seguida, o *corpus textual* foi tratado e foram realizadas correções e organização das palavras conforme as exigências do *software IraMuTeq*.
- 2) Exploração do material: após a formatação do *corpus textual*, foi realizada a leitura extenuante do material. Em seguida, o arquivo tratado foi submetido ao *software IraMuTeq*. Neste estudo, foram selecionadas duas análises que representam a categorização das falas dos participantes, a análise de similitude e a CHD. A CHD: permite a classificação de segmentos de texto (ST) conforme semelhanças e diferenças lexicais. Análise de Similitude: verifica a ocorrência de palavras e estabelece conexões entre elas, criando uma rede de inter-relações que reflete o contexto em que as palavras

estão inseridas no texto analisado (Camargo; Justo, 2013).

- 3) Tratamento dos resultados: nessa etapa, ocorreu a definição dos temas presentes em cada classe, a reflexão sobre as palavras presentes e sua frequência e a associação com os ST em que se encontravam. Dessa forma, buscou-se a interpretação final, por meio da condensação e ênfase das informações, para a análise compreensiva dos resultados com uma abordagem crítica-reflexiva.

A análise textual foi realizada no *IRaMuTeQ* e os resultados interpretados à luz dos referenciais teóricos a respeito da violência institucional contra a mulher no cenário obstétrico.

4.7. Aspectos éticos

Após a Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas autorizar formalmente a pesquisa, o estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com CAAE 84370824.5.0000.5020, atendendo os preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos e da Resolução CNS nº 510/2016 que estabelece normas para estudos qualitativos (Brasil, 2012; Brasil 2016).

Foi realizada a leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a assinatura por todos os participantes em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. Para preservar o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por letras, seguidos de um algarismo arábico.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização dos participantes do estudo

Participaram do estudo 17 profissionais, dos quais 04 eram gestores com experiência mínima de 10 meses na função, conforme exposto na Tabela 01. Os demais 13 participantes atuavam na assistência direta ao parto, pré-parto e pós-parto, sendo 05 enfermeiros e 08 técnicos de enfermagem.

Tabela 1 - Caracterização dos Gestores – dados sociodemográficos, econômico e profissional, Manaus, AM, Brasil.

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	3	75%
	Masculino	1	25%
Faixa etária	30 a 40	1	25%
	41 a 50	2	50%
	51 a 60	1	25%
Profissão	Enfermeiro(a)	4	100%
Formação	Graduação	4	100%
Titulação	Especialista <i>lato sensu</i> em obstetrícia	2	50%
	Mestre em enfermagem	2	50%
Tipo de contrato	Processo seletivo	2	50%
	Estatutário	2	50%
Jornada de trabalho	44 horas	4	100%
Possui outro vínculo	Não	4	100%
Jornada semanal	20-40h	4	100%
Experiência na função	10 meses	1	25%
	2 anos	2	50%
	2 anos e 6 meses	1	25%

Fonte: Autores, 2025.

No que se refere à idade dos profissionais de enfermagem participantes do estudo, observou-se uma variação entre 31 a 65 anos, com a média 45, mediana de 43 e moda de 38. As faixas etárias predominantes foram de 31 a 40 anos (6 - 46,1%) e de 41 a 50 anos (3 - 23,1%). Em relação à titulação, observou-se a totalidade de especialistas *lato sensu* em obstetrícia, que corresponderam a 38,47% dos profissionais. Em seguida, 30,77% apresentaram especialização técnica na mesma área. Ademais, verificou-se que 7,69% possuíam titulação em cada uma das seguintes especialidades: Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO), Urgência e Emergência (UE),

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Enfermagem do Trabalho. Ressalta-se que não foram identificados enfermeiros com formação ao nível de mestrado ou doutorado.

Quanto ao tipo de vínculo com a instituição, 9 participantes (69,2%) eram contratados por meio de processo seletivo, enquanto 4 (30,8%) possuíam vínculo estatutário. O setor com maior número de participantes foi o PPP, com 7 profissionais (53,8%), seguido do CCO, com 6 (46,2%). Entre os 13 profissionais da assistência, 4 (30,8%) mantinham outro vínculo empregatício além da unidade. A jornada de trabalho semanal predominante foi de 41 a 60 horas (6 - 46,2%) e de 20 a 40 horas (4 - 30,8%). A Tabela 02 apresenta a caracterização dos profissionais de enfermagem.

Tabela 2 - Caracterização dos Profissionais de Enfermagem – dados sociodemográficos, econômico e profissional, Manaus, AM, Brasil.

Variável	Categoria	N	%
Sexo	Feminino	10	76,9%
	Masculino	3	23,1%
Faixa etária	31 a 40	6	46,1%
	41 a 50	3	23,1%
	51 a 60	2	15,4%
	61 a 65	2	15,4%
Profissão	Enfermeiro(a)	5	38,5%
	Técnico de enfermagem	8	61,5%
Formação	Graduação	5	38,5%
	Técnico de enfermagem	8	61,5%
Titulação	Especialista <i>lato sensu</i> em obstetrícia	5	38,47%
	Especialista técnico em obstetrícia	4	30,77%
	Especialista técnico em CCO	1	7,69%
	Especialista técnico em EU	1	7,69%
	Especialista técnico em UTI	1	7,69%
	Especialista técnico em enfermagem do trabalho	1	7,69%
Tipo de contrato	Processo seletivo	9	69,2%
	Estatutário	4	30,8%
Setor	PPP	7	53,8%
	CCO	6	46,2
Jornada de trabalho	36 horas	5	38,5%
	44 horas	8	61,5%
Possui outro vínculo	Sim	4	30,8%
	Não	9	69,2%

Jornada semanal	20-40h	4	30,8%
	41-60h	6	46,2%
	61-80h	1	7,7%
	>80h	2	15,3%

Fonte: Autores, 2025.

5.2. Gestores

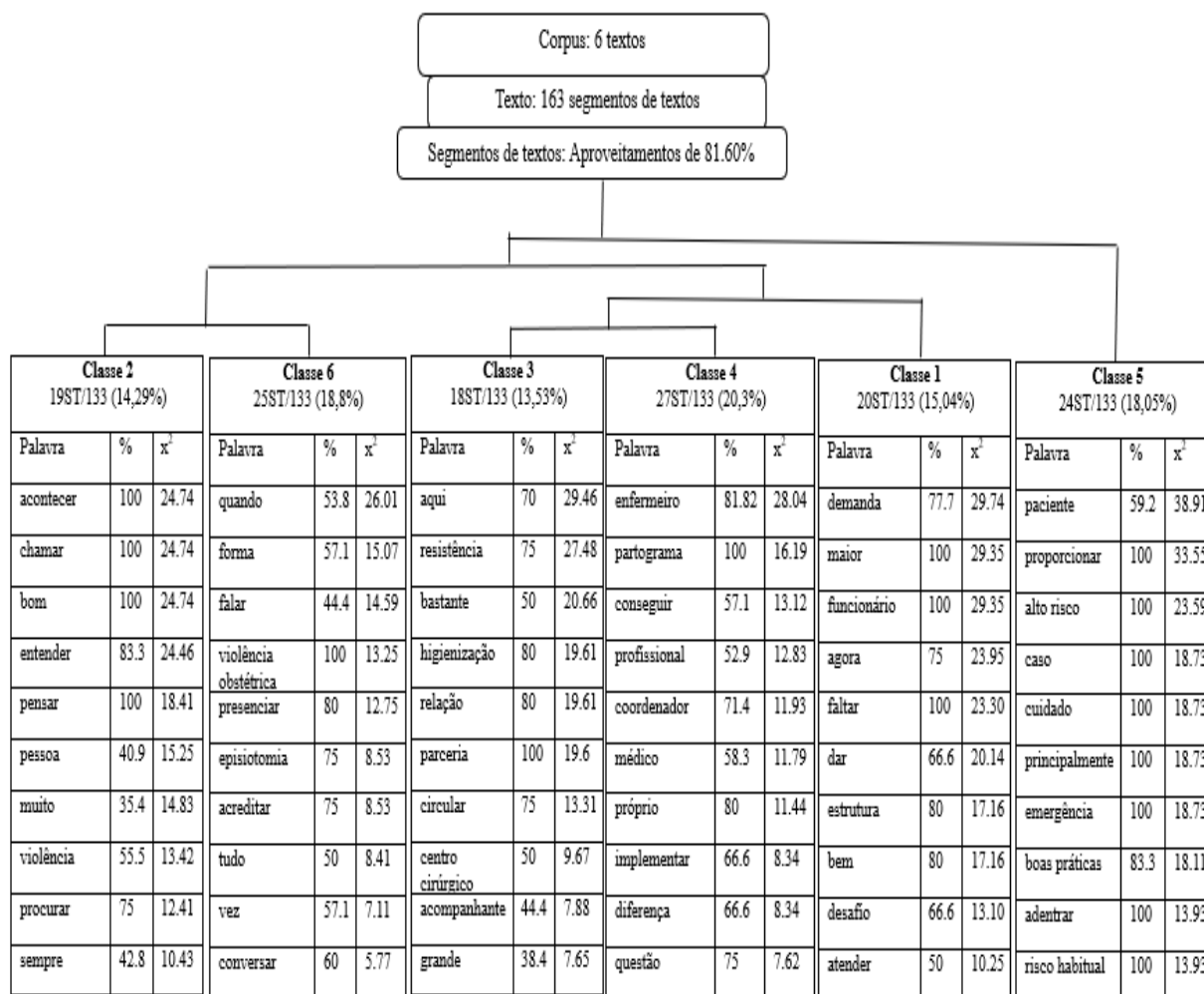
Durante a exploração do material, conforme os pressupostos de Bardin (2011), os textos foram analisados com auxílio do *software IraMuTeq*. O primeiro processamento aplicado ao *corpus textual* foi a Análise de Similitude, também conhecida como análise de semelhanças. Essa técnica baseia-se na teoria dos grafos, considerada um modelo matemático apropriado para o estudo das relações entre objetos discretos de qualquer natureza. Essa análise permite evidenciar a conexidade entre as palavras, contribuindo para a identificação da estrutura interna do *corpus textual* (Camargo; Justo, 2013).

Na figura 1 podemos verificar que as palavras com maior destaque foram “paciente”, “falar” e “profissional” que formaram três núcleos no grafo gerado pela análise de similitude. O termo “paciente” apresenta relação de sobreposição com as palavras “atendimento”, “acompanhante”, “boas práticas”, “cesariana”, “enfermagem” e “parada de progressão”, direcionadas para entraves institucionais que comprometem a adoção de boas práticas e o cuidado centrado na gestante, revelando tensões entre a prática assistencial ideal e as condições reais do serviço.

As principais ramificações que compõem o sistema periférico do segundo núcleo no grafo da palavra “falar”, surgem com os termos “presenciar”, “violência”, “forma” e “orientação”, referindo-se primordialmente que os gestores reconhecem a ocorrência da violência e a necessidade de dar visibilidade a essas situações.

Ao analisar o núcleo da palavra “profissional” surgem fortes conexões entre as palavras “enfermeiro”; “médico”, “conseguir” e “setor”, indicando que os gestores percebem a persistência de práticas potencialmente violentas, mas também reconhecem a importância de capacitar as equipes e modificar rotinas, mesmo diante de barreiras estruturais e culturais.

Figura 2 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente dos Gestores



ST= segmento de texto

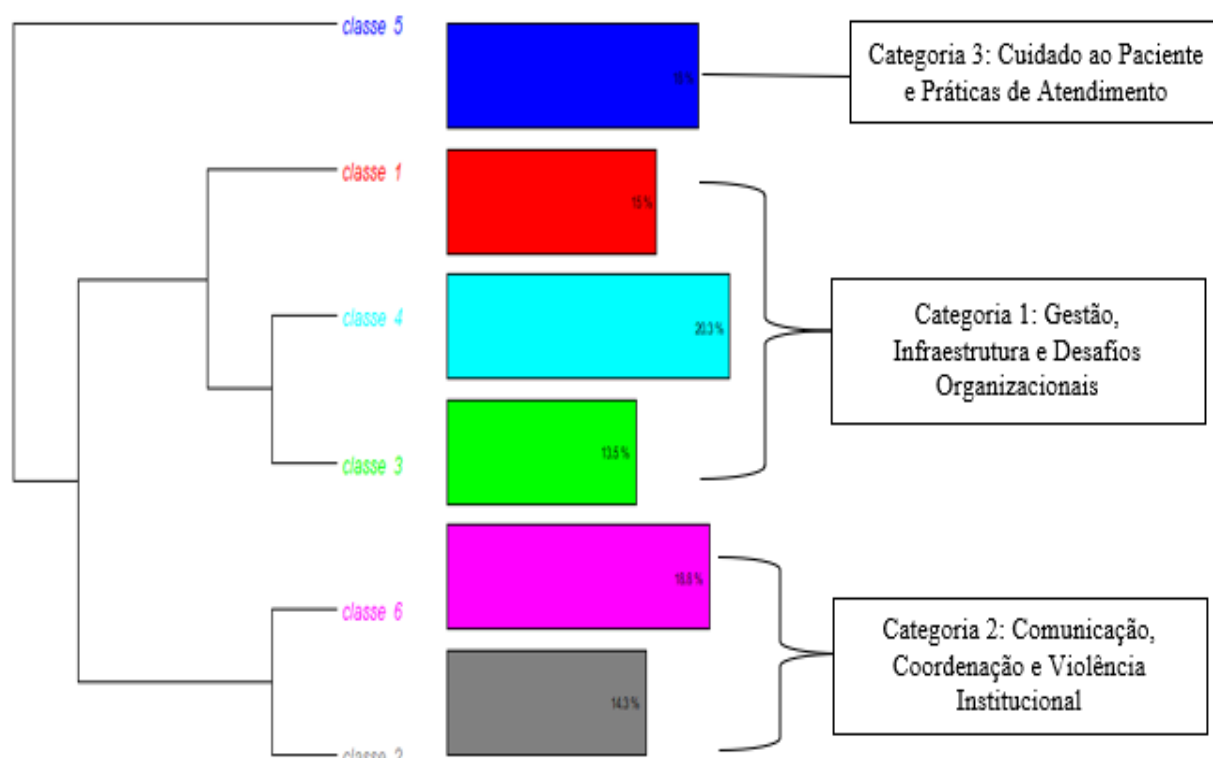
X²= qui-quadrado

Fonte: Autores, 2025.

A partir dos resultados da CHD, foi possível identificar as frequências lexicais mais relevantes e, com base na interpretação do *corpus*, delimitar as categorias temáticas emergentes dessa estruturação. Esse processo permitiu aprofundar a investigação por meio de inferências, visando à compreensão das mensagens subjacentes às ocorrências vocabulares.

As categorias foram nomeadas pela pesquisadora de acordo com a interpretação das palavras agrupadas nas classes e das Unidades de Contexto Elementar (UCE) (Figura 3). A categoria 1 foi nomeada por “Gestão, Infraestrutura e Desafios Organizacionais” formada pelas classes 1,3 e 4. A categoria 2 foi denominada por “Comunicação, Coordenação e Violência Institucional”, constituída pelas classes 2 e 6. Por fim, a categoria 3 foi conceituada por “Cuidado ao Paciente e Práticas de Atendimento”, composta pela classe 5. A análise textual foi realizada no *IRaMuTeQ* e os resultados interpretados à luz dos referenciais teóricos a respeito da violência institucional contra mulher no cenário obstétrico.

Figura 3 - Dendrograma da Classificação das Categorias dos Gestores



Fonte: Autores, 2025.

5.2.1. Categoria 1 – Gestão, Infraestrutura e Desafios Organizacionais

A categoria 1, formada pelas classes 1, 4 e 3, apresentou as seguintes palavras com mais expressividade: “resistência”, “demanda”, “profissional”, “higienização”, “faltar”, “estrutura”, “equipamentos”, “parceria”, “melhorar”, “normas e rotinas”, “atender” e “coordenador”.

Nessa categoria, aborda-se sobre os desafios organizacionais, infraestrutura hospitalar, coordenação de equipes e as dificuldades estruturais que afetam a gestão e o funcionamento da unidade, como podemos evidenciar nas falas a seguir:

“Nossos insumos, eles faltam bastante. E isso também deixa a gente muito desgastante, porque você acaba respondendo por uma coisa que não é de sua competência [...] e a gente sempre tem também desafio com relação aos equipamentos, já é tão sucateado, velhos [...] a população vai lá vai aumentando e a estrutura vai permanecer a mesma, mas só que a nossa demanda é bem maior” (G1).

“Insumos, eu não vou dizer que não faltam. Falta o que precisa ser o ideal, mas o grande desafio mesmo nos dois setores, PPP e CCO, são a estrutura e os equipamentos. A estrutura que foi feita para uma população há 20 anos atrás, e isso triplicou. Então, a gente tem que se adaptar com o que nós temos hoje” (G3).

“As nossas principais barreiras, eu acredito que a questão é da estrutura física. A gente precisaria de um local mais amplo, porque hoje não é mais recomendado a gente ter salas de parto” (G4).

Os depoimentos reforçam a inadequação das estruturas físicas em relação à atual demanda, destacando que a expansão da população usuária não foi acompanhada por melhorias estruturais, e isso impacta diretamente na experiência das mulheres no parto, comprometendo o modelo humanizado e respeitoso de assistência. A limitação da estrutura física, especialmente em relação ao setor PPP, é destacada pelos gestores como um impedimento para a implementação plena das boas práticas, sobretudo para pacientes que necessitam de cuidados intensificados.

“Por exemplo, o PPP, a gente deveria ter uma estrutura de suíte, onde a mulher deveria parir e ficar lá, numa cama de PPP adequada para ela como espaço, com a sua família, sua companhia de escolha. E hoje ainda é bem precária as camas” (G3).

“Então, às vezes a gente precisa levar essas pacientes para dentro das salas de parto, que ainda existem, porque nem todos os leitos são PPPs, são aquelas camas curvas, retas, onde não proporciona liberdade de posição para essa paciente, um posicionamento adequado na hora do período expulsivo, então a gente precisa estar tirando ela daquele ambiente onde ela estava, para um outro ambiente para que a gente possa dar uma assistência adequada para aquele parto [...] o ideal seria todos os leitos serem PPPs. Esse é o nosso principal desafio quando a gente fala em proporcionar as boas práticas ao parto-nascimento, principalmente para pacientes de alto risco” (G4).

Além da estrutura, os gestores apontam que a sobrecarga de trabalho e a falta de recursos humanos comprometem o andamento das atividades. A escassez de técnicos de enfermagem e o cálculo inadequado do efetivo profissional são mencionados como fatores que impactam negativamente na assistência prestada. Mesmo diante de uma leve melhora, o problema persiste como um entrave para a qualidade do cuidado.

“O nosso recurso humano é sempre comprometido. Eu sempre tenho falta de enfermeiros, nem tanto, mas sempre eu tenho falta de técnico. E se faltar um técnico na minha equipe já vai fazer diferença”. Se abrir mais uma sala, a nossa demanda vai ficar maior. O nosso profissional, como eu já falei, ele não é assim 100% [...] quando a gente faz alguma solicitação de mais profissionais, eles me dizem que ela já está cheia. Está cheia, mas esse quantitativo não é suficiente, porque eles não fazem o quantitativo ativo. Eles incluem todos os funcionários. E isso deu uma melhoradinha, mas ainda está impactando na nossa assistência” (G1).

“Nós estamos com um déficit muito grande de recursos humanos, que agora está melhorando” (G2).

Outro ponto relatado pelos gestores refere-se à higienização dos ambientes hospitalares. A falta de pessoal e a sobrecarga de serviços fazem com que, em muitos casos, os próprios gestores assumam funções operacionais para garantir o mínimo necessário.

“Uma das resistências que está impactando muito na nossa assistência é com relação à higienização. E nesse exato momento eu estava limpando uma sala de cirurgia para poder resolver as demandas de urgência e emergência, porque nós temos nove pedidos no quadro e a gente não consegue ficar de mãos ou de braços dobrados [...]estou tentando diminuir o fluxo no pós-operatório, já que a nossa higienização está bastante comprometida, que a gente possa pelo menos diminuir o fluxo de pessoas entrando e saindo” (G1).

“A maior demanda nossa no momento mesmo é a questão da limpeza. Nós estamos tentando resolver. A gente está em busca de solução” (G2).

Os gestores percebem que as normas e rotinas acabam influenciando diretamente os cuidados ofertados à mulher no ciclo gravídico-puerperal, interferindo na qualidade e segurança da assistência. Reconhecem que, embora busquem implementar melhorias, ainda enfrentam resistências da equipe frente às mudanças propostas.

“As nossas normas e nossas rotinas, elas são bastante violadas, muito violadas, porque a gente tenta fazer as implementações de melhoria, mas a gente não consegue. Porque por mais que nós trabalhamos com pessoas de nível superior, pós-graduação, nível técnico, a gente tem uma resistência muito grande [...] isso para mim vai ser um dos desafios muito grandes aqui dentro. Eles não entendem que aqui é um centro cirúrgico, é um setor privativo, que se eu não estiver vestida adequadamente, né, com o meu gorro, com o meu pro-pé, com a minha máscara, com minha roupa privativa, eles não acham que vai impactar na paciente” (G1).

“Às vezes, quando tem pessoas que não conseguem se adaptar mesmo, aí a gente remaneja para outro setor, onde ele possa fazer o seu trabalho mais efetivo” (G2).

5.2.2. Categoria 2 – Comunicação, Coordenação e Violência Institucional

A categoria 2, formada pelas classes 2 e 6, apresentou as seguintes palavras com mais expressividade: “acontecer”, “entender”, “forma”, “falar”, “violência”, “presenciar”, “pensar”, “sofrer”, “conversar”, “episiotomia”, “procurar” e “reunião”.

Nessa categoria, abordam-se questões relacionadas à comunicação entre as equipes, coordenação e os impactos da violência institucional, tanto no relacionamento entre os profissionais quanto no atendimento ao paciente.

A comunicação multidisciplinar e intersetorial é um problema que acaba impactando na assistência. As falas evidenciam que tanto a interação entre diferentes categorias profissionais quanto a comunicação entre membros da mesma equipe enfrentam ruídos e dificuldades, o que compromete a continuidade e a qualidade do cuidado prestado.

“A gente tem uma dificuldade muito grande, porque quando nós somos acostumados a lidar só com a nossa classe de enfermeiros, a gente consegue ter um diálogo mais favorável, né? Mas quando a gente já, nós da enfermagem, tentamos nos deter na conduta médica já é um pouco assim, tem uma certa resistência. Não são todos que conseguem trabalhar em parceria, mas, mesmo assim, a gente sempre tem essa resistência, uma resistência muito grande,” (G1).

“Nós estamos enfrentando bastante a falta de comunicação, está tendo falta de comunicação entre o mesmo, assim, mesma categoria. A gente está trabalhando para que todo mundo tenha uma, fale a mesma linguagem. Porque nós estamos na mesma categoria, tudo é enfermeiro. Então, que tenha uma comunicação efetiva. Porque atrapalha muito essa falta de comunicação” (G2).

“A questão da comunicação, que seria mais uma questão intersetorial, porque as pacientes elas internam em um outro setor na admissão, a maioria das vezes elas chegam sem informações, às vezes as informações chegam um pouco distorcidas” (G3).

Em meio aos desafios, foram apontadas estratégias de enfrentamento adotadas para minimizar os impactos negativos, como a realização de reuniões e a busca por ferramentas que favoreçam a comunicação eficaz.

“Reunião, bastante reunião. E está melhorando essa comunicação entre setores. Porque em cada setor nós temos um coordenador. E todo dia, chega cedo, passam todos os setores para reunião setorial” (G2).

“Eu acho que ainda faltaria uma ferramenta para que essas informações não se perdessem nessas transferências intersetoriais. Eu acho que seria o primeiro ponto para a gente sanar esse problema. As ferramentas de comunicação intersetoriais para que as informações fossem passadas tudo direitinho” (G3).

“Através do partograma melhorou bastante a comunicação. Era uma perda de informação entre os profissionais. Não existia passagem de plantão adequada. Até mesmo do profissional médico que troca a cada 4 horas e um não sabia o que tinha avaliado o outro. Então, melhorou bastante a questão de registro” (G4).

A percepção da violência pode estar relacionada à forma como a comunicação ocorre entre profissionais e usuários, apontando que os comportamentos adotados, mesmo quando não intencionais, podem ser interpretados como agressivos ou desrespeitosos, identificados nas seguintes falas:

“A gente vê bastante, a gente tem bastante denúncias, a gente tem bastante reclamação. Eu não descarto a possibilidade de você, de contrariar um profissional ou uma acompanhante. Mas muitas das vezes, nós somos muito mal interpretados. Pelo tom que você fala, pela forma que você fala. Algumas pessoas não dão tanta importância no tom de voz ou na forma” (G1).

“Infelizmente, ainda é um grande gargalo pra gente. Quando falamos em SUS, a violência institucional está muito atrelada” (G4).

O reconhecimento da Violência Institucional (VI) como uma problemática estrutural recorrente nos serviços públicos de saúde reflete a gravidade do fenômeno. Dentre a classificação da VI foram identificadas no estudo as dos tipos:

A violência verbal foi destacada como uma das manifestações mais frequentes, expressa tanto por profissionais de saúde quanto por demais profissionais. A naturalização de falas discriminatórias, ofensivas e humilhantes aparece com força nos relatos, comprometendo o vínculo e o cuidado humanizado.

“Alguns obstetras dizem que vai demorar muito, que é um risco muito grande, que a paciente é gorda. E aí, às vezes, alguns anestesistas também reclamam do peso da paciente. “Ah, que você está tão gorda, que eu não consigo... Eu não consigo... Tenho dificuldade de fazer a raque” [...]ah, porquê da próxima vez que tu estiver grávida, pode morrer, porque isso é um risco muito grande. Então, são as coisas assim, essas falas” (G1).

“É porque, às vezes, eu presencio assim. As pessoas falando de uma forma, assim, meia grosseira, né? Eu, particularmente, não gosto. O que eu sempre presencio, às vezes, é a forma como as pessoas falam. Assim, na forma meia... Um tom não muito agradável” (G2).

“Nós temos uma violência por pessoas do Serviço Gerais, por exemplo, que varrendo lá o lugar, falou algo que não era para ter falado para paciente. Então tem muito disso. Médicos, enfermeiros, todo mundo podem causar uma violência, desde que ele fira os princípios dessa paciente ou acompanhante [...] uma violência verbal hoje ainda é muito corriqueira, no sentido de que as pessoas não se atentam, que ali tem um ser humano igual ela.” (G3).

Estrutural, através da precarização das condições de trabalho, associada à ausência de recursos físicos, humanos e materiais, é identificada como forma de violência institucional estrutural, afetando tanto os profissionais quanto os usuários.

“A partir do momento em que eu não ofereço para o servidor uma estrutura adequada, eu estou violentando a mente dele, porque ele vai adoecer. Não vai querer vir para o trabalho. E a partir do momento em que eu não ofereço para esse público, servidor, um espaço e materiais em condições favoráveis, vai refletir na sua assistência. Então a gente não vai ter como dar uma melhor assistência” (G3).

Práticas de intervenções desnecessárias, como episiotomias rotineiras, sem indicação clínica, foram relatadas como formas de violência física institucionalizadas, que ainda persistem devido a hábitos profissionais enraizados, sem considerar a individualidade e autonomia da mulher.

“Tinha um profissional que era rotineiro fazer episiotomia, ele não tinha discriminação, era qualquer coisa. Eu acho que era um hábito dele, assim [...]ah, eu vou fazer uma episiotomia” (G4).

A violência psicológica também foi vivenciada por um dos entrevistados:

“Teve uma época aqui que eu passei bastante e fui muito agredida, assim, de todas as formas. Eu não deixei isso me afetar e procurei não levar isso para minha vida. Mas eu sofri muito, assim, agressão, violência. Todo tipo de constrangimento, muita coisa ruim aconteceu comigo” (G2).

Essa fala evidencia um cenário de sofrimento psíquico relacionado ao ambiente institucional, onde a profissional se viu exposta a diferentes formas de agressão e constrangimentos. Tais situações remetem à violência institucional psicológica, muitas vezes invisibilizada, mas com potencial significativo de impacto na saúde mental e nas relações de trabalho. O relato reforça a necessidade de um ambiente organizacional que promova segurança emocional, escuta ativa e apoio às lideranças frente a situações de violência.

A negligência no acolhimento, a omissão de informações e o descaso nas abordagens também são mencionados como formas de violência psicológica, reforçando o desrespeito aos direitos das mulheres.

“A gente tem cenários de recepção causando violência, quando não informa, quando destrata, quando não ajuda” (G3).

Enquanto coordenadores e gestores do cuidado, foram apontados manejos para minimizar tais situações de violência institucional. As estratégias variam entre ações educativas, medidas disciplinares e reorganização da equipe, evidenciando um esforço para promover uma cultura de respeito e acolhimento.

“Eu converso. Eu peço pela maneira, para não falar assim, porque vai impactar” (G1).

“Muita reunião e falo isso para eles. Sempre procure absorver aquilo que você vê de bom em mim e nas outras pessoas. E tenha aprenda a respeitar o seu colega, respeitar o espaço do seu colega” (G2).

“São chamados e são acompanhados. Tem casos em que é tão grave, tão gritante, que eles são dispensados da unidade. Uma vez que a gente identifica, a gente faz a ouvidoria, é colocado no sistema, é chamado profissional, é aberto, todos esses de casos, eles são punidos por isso” (G3).

“No início, eu fiz educação de saúde com eles mesmo porque as vezes eles não sabiam que a paciente precisava tipo, fazer tal coisa quando ela estava em trabalho de parto. Eles não sabiam, eram profissionais leigos. A gente conseguiu melhorar muito a equipe também. A gente trocou alguns profissionais, e hoje a gente tem uma equipe mais, mesmo, de enfermeiros

obstétricos atuantes na assistência ao parto. Não tem aquela possibilidade de gente que não tem tato para trabalhar com parto” (G4).

5.2.3. Categoria 3 – Cuidado ao Paciente e Práticas de Atendimento

A categoria 3 é formada pela classe 5 e apresentou as seguintes palavras com mais expressividade: “paciente”, “proporcionar”, “alto risco”, “risco habitual”, “cuidado”, “emergência”, “boas práticas”, “busca”, “avaliar”, “atendimento”, “independente” e “adentrar”.

Esta categoria concentra-se nas práticas de cuidado ao paciente, destacando a humanização do atendimento, a equidade no cuidado entre gestantes de risco habitual e alto risco, a importância de protocolos atualizados e a valorização das boas práticas no parto e nascimento.

A preocupação com a resolutividade e a limitação de atuação da enfermagem diante de condutas médicas postergadas foi evidenciada por uma das entrevistadas. Contudo, foi identificado por outra gestora a sobrecarga e a dificuldade de atenção médica.

“A gente tenta resolver a situação dessa paciente o mais rápido possível, né? Mas sabe que nem tudo está ao alcance da enfermagem. Muitas das vezes é decisão médica, né? Muitas das vezes ficam um postergando, esse atendimento, uma conduta. E finda se transformando até num quadro irreversível, em algumas urgências, em algumas emergências. Mas o que cabe a nós da enfermagem, a gente sempre tenta dar o melhor atendimento possível e ajudar os procedimentos dessas pacientes” (G1).

“É o nosso grande gargalo, infelizmente ainda é a atenção mais apurada dos médicos nos mais dificuldades, porque a demanda é muito grande também, né, e aí nem sempre dá tempo de... os dois médicos ao mesmo tempo” (G2).

Sobre a essência da humanização, foi destacada sua importância como valor indispensável ao cuidado, independentemente das condições físicas ou materiais da instituição.

“A humanização sempre tem que ter, que isso é primordial. Não adianta um hospital de cinco estrelas no primeiro mundo se as pessoas não são humanas” (G2).

A valorização da ciência e da atualização constante na assistência foi apontada como prática essencial para garantir segurança, eficácia e respeito às diretrizes atuais de cuidado.

“Aderir os novos protocolos, o novo, a ciência. Hoje, a assistência precisa ser baseada em ciência científica” (G3).

A equidade no cuidado entre gestantes de risco habitual e de alto risco foi enfatizada como princípio norteador da assistência obstétrica, respeitando as individualidades clínicas de cada paciente.

“A gente busca proporcionar a mesma assistência que a gente proporciona para as pacientes de risco habitual, avaliando a equidade dela, porque é claro que a gente vai olhar uma paciente gestante, por exemplo, que é hipertensa, diabética, conforme as necessidades dela. Uma paciente que estiver sulfatando, eu não vou proporcionar algumas boas práticas para ela, que eu proporciono para uma paciente de risco habitual” (G4).

Nesse mesmo sentido, a fala a seguir ressalta o compromisso com a universalidade, a humanização e o protagonismo da mulher durante o parto, com enfoque nos direitos previstos pelas políticas públicas de saúde.

“Então, a gente busca proporcionar o atendimento de uma forma igualitária, preconizando as boas práticas do parto e nascimento, atendendo as políticas públicas de atenção ao parto e nascimento, em especial, o direito dela, ao acompanhante, o direito dela de ter acesso às boas práticas, os cuidados da saúde da mulher, ter acesso a todas as orientações que precisa durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, em especial, também o acompanhamento multiprofissional” (G4).

A estruturação de fluxos, padronização de condutas e atualização dos protocolos assistenciais foram reconhecidas como ações fundamentais para a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado.

“Nós não tínhamos fluxo estabelecido. Quando eu assumi, em março de 2023, os POPs estavam desatualizados. Não existia fluxo. A gente atualizou os POPs, criou um novo POP. Nós ainda estamos em uma fase de atualização de protocolos assistenciais” (G4).

5.3. Profissionais de enfermagem

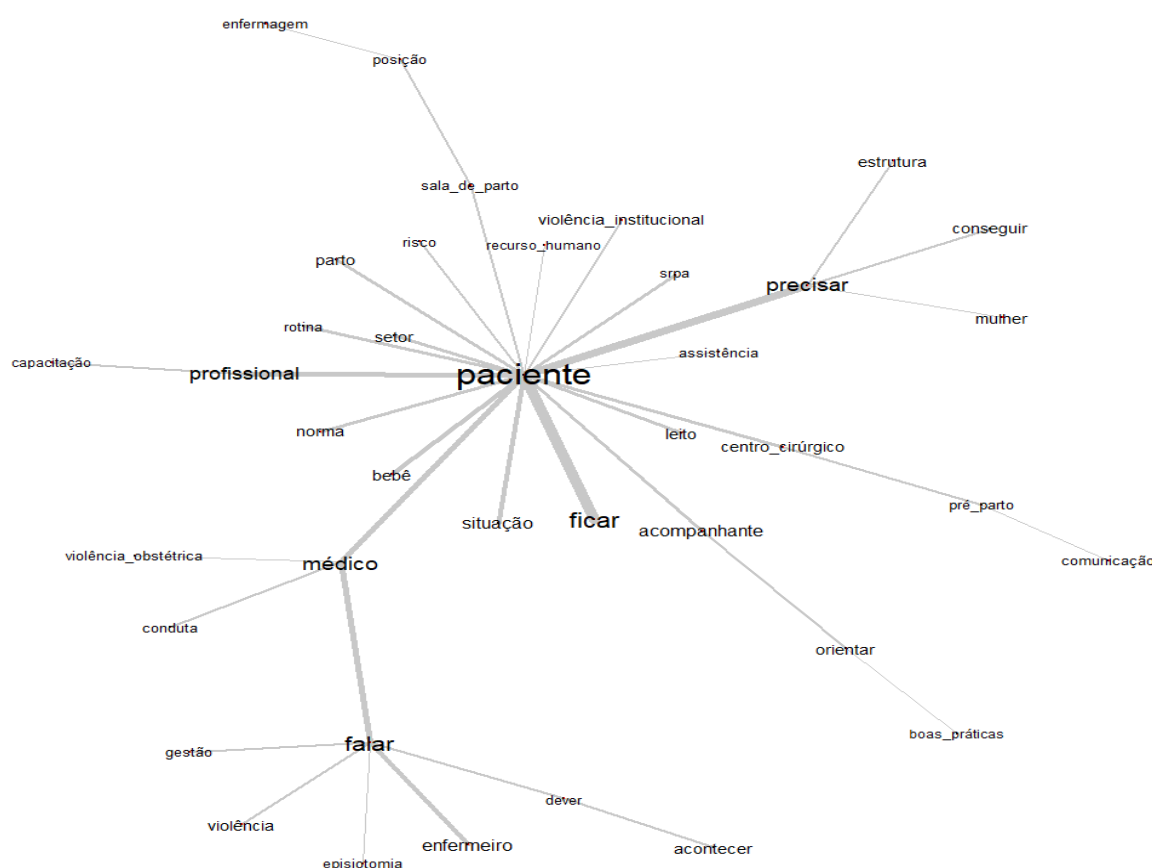
Na Análise de Similitude, apresentada na Figura 4, pode-se identificar as ocorrências entre as palavras e as indicações de conexidade entre os vocábulos “paciente”, “precisar”, “profissional”, “médico” e “ficar”. O termo “paciente” é o eixo principal, evidenciando que toda a percepção dos profissionais gira em torno da experiência da mulher durante o parto e internação. Essa centralidade reflete a importância atribuída à paciente como sujeito que sofre ou vive situações de violência institucional.

Os termos “profissional” e “médico” reforçam que a violência é identificada no âmbito das práticas assistenciais em saúde. O vocábulo “profissional” apresenta conexidade direta com “capacitação” e proximidade com os termos “rotina” e “setor”, o que sugere que aspectos estruturais e organizacionais podem favorecer a ocorrência de práticas desumanizadas. Enquanto “médico” conecta-se à “violência obstétrica”, “conduta” e “falar” este último associado a “enfermeiro”, “violência”, “episiotomia”, “gestão”, “dever” e “acontecer”,

evidenciando a percepção de que determinadas práticas médicas e de comunicação reforçam experiências negativas para a paciente.

Por sua vez, a palavra “precisar” aparece relacionada a “estrutura”, “conseguir” e “mulher”, o que aponta para a compreensão de que a falta de estrutura física e de recursos compromete a assistência e favorece situações de vulnerabilidade no cuidado.

Figura 4 - Análise de Similitude dos Profissionais de Enfermagem

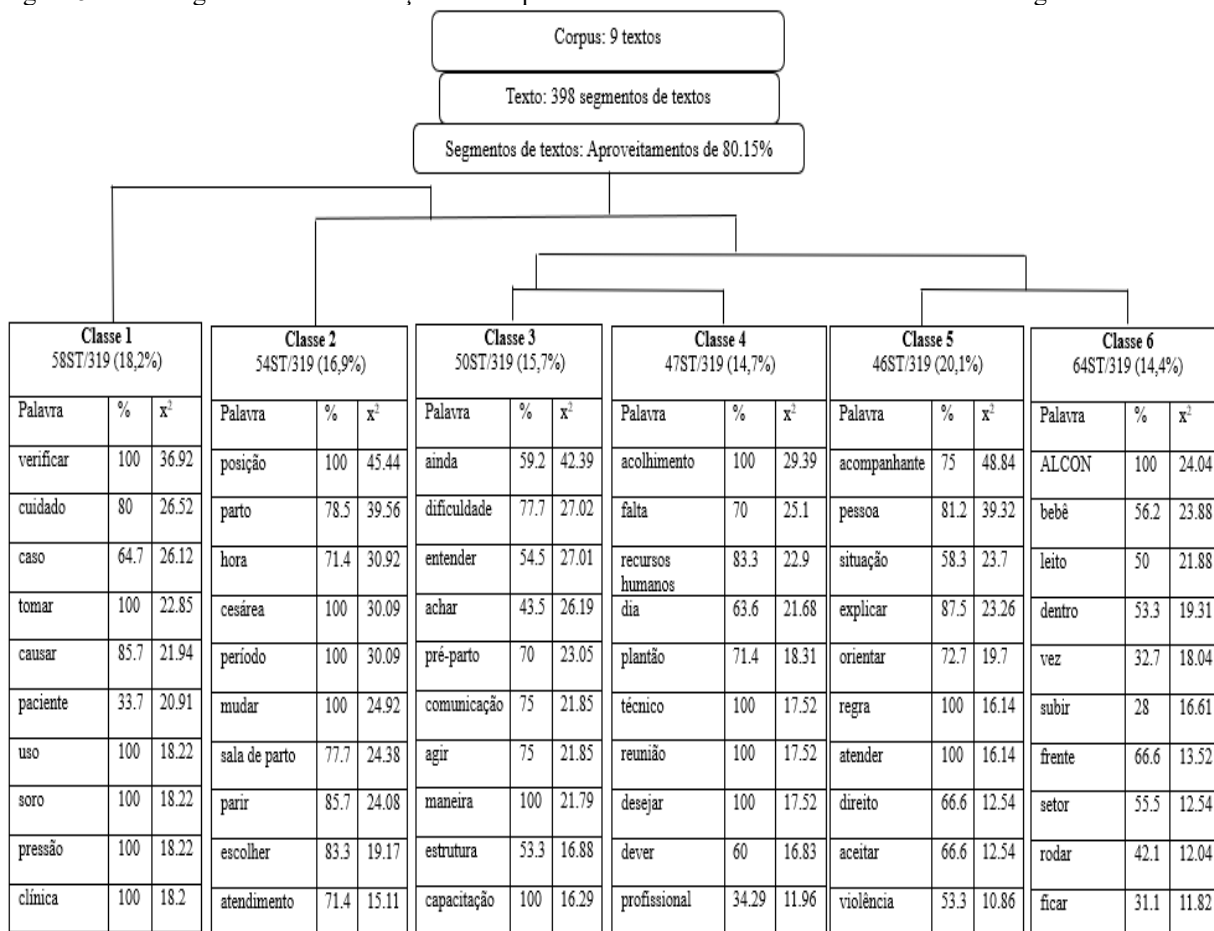


Fonte: Autores, 2025.

De acordo com a análise elaborada pelo *software IraMuTeq*, na análise CHD, o *corpus textual* foi constituído de 9 textos, separados em 398 ST, possuindo 80,15% de equivalência, 13.704 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos) e 1.170 formas ativas, sendo possível identificar a ocorrência entre as palavras e a conexão entre elas. Por meio dessa classificação, o conteúdo foi dividido em 6 classes: Classe 1, com 18,2% ST; Classe 2, com 16,9% ST; Classe 3, com 15,7% ST; Classe 4, com 14,7% ST; Classe 5, com 20,1% ST e Classe 6, com 14,4% ST, representados visualmente no dendrograma (Figura 5).

A partir dos resultados obtidos na CHD, foi possível identificar as frequências mais relevantes e, na interpretação do *corpus*, estabelecer as categorias temáticas emergentes dessa combinação. Esse processo possibilitou o aprofundamento da investigação por meio de inferências, permitindo compreender os significados implícitos nas ocorrências e recorrências das palavras (Santos, 2012).

Figura 5 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente dos Profissionais de Enfermagem



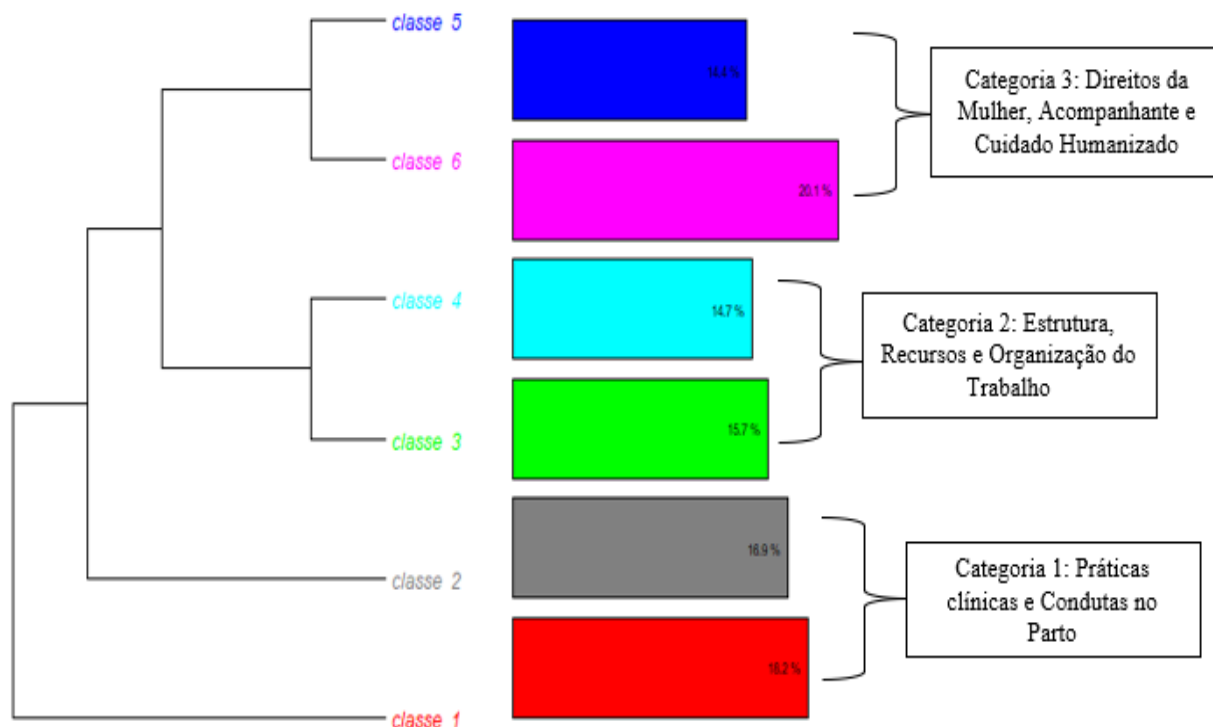
ST= segmento de texto

X²= qui-quadrado

Fonte: Autores, 2025.

As categorias foram nomeadas pela pesquisadora de acordo com a interpretação das palavras agrupadas nas classes e das UCE apresentadas pelo *software* (figura 6). A categoria 1 foi nomeada por “Práticas Clínicas e Condutas no Parto” formada pelas classes 1 e 2. A categoria 2 foi denominada por “Estrutura, Recursos e Organização do Trabalho” constituída pelas classes 3 e 4. Por fim, a categoria 3 foi conceituada por “Direitos da Mulher, Acompanhante e Cuidado Humanizado”, composta pelas classes 5 e 6. O *IRaMuTeQ* realizou a análise textual e seus resultados foram analisados com base nos referenciais teóricos dos estudos atuais sobre violência institucional contra a mulher no cenário obstétrico.

Figura 6 - Dendrograma da Classificação das Categorias dos Profissionais de Enfermagem



Fonte: Autores, 2025.

5.3.1. Categoria 1 – Práticas Clínicas e Condutas no Parto

A categoria 1, formada pelas classes 1 e 2, apresentou os termos como “verificar”, “cuidado”, “paciente”, “parto”, “período”, “sala de parto”, “posição”, “parir”, “mudar”, “escolher”, “atendimento” e “cesárea”.

Quando questionados sobre o que entendem por violência institucional, os profissionais demonstram percepção ampla do fenômeno, revelando tanto o impacto da estrutura quanto das condutas individuais.

“Eu, particularmente, eu já sofri uma violência aqui. Eu, como profissional. Eu não ia levar a direção. Mas, como na época, a gerente sempre vinha aqui no setor. E ela me pegou numa situação, assim, ao extremo. De nervosismo e raiva, né? Ao mesmo tempo. Então, eu... Conversei com ela e ela fez... Ela falou que ia fazer um documento contra essa pessoa, pra empresa dele. A pessoa me... Tipo assim... Eu acho que foi uma ofensa, né? Do que a pessoa falou. Sobre... São coisas, assim... Vamos dizer... Que ninguém merece escutar” (P3).

Esse relato evidencia que a violência institucional não atinge apenas pacientes, mas também os próprios profissionais de saúde, que se tornam vítimas de ofensas e constrangimentos no ambiente de trabalho. A hostilidade no relacionamento interpessoal, sobretudo em situações de hierarquia, gera sofrimento emocional e sensação de desrespeito.

“A violência institucional, às vezes, como vem pra mim, se eu receber uma... Se alguém vim com outro querendo que eu faça algo com autoridade aqui dentro, querendo que eu execute algo que está fora do normal e eu por medo, eu por desconhecer, eu me sinto pressionada, vou fazer aquilo que não está correto” (P7).

Na fala da participante 7, a percepção está relacionada à pressão e coerção exercida dentro da instituição, onde ordens superiores podem forçar condutas inadequadas. Isso demonstra como a violência pode se materializar de forma velada, através do medo, da hierarquia e da imposição de tarefas que fogem ao protocolo seguro.

“É a maneira que vamos supor. É quando a paciente chega que você não dá a mínima pra ela. Fica lá no cantinho dela, todo mundo vai passando, todo mundo vai passando, e você não presta atenção naquela que tá ali, bem encolhidinha. Entendeu? Eu acho, assim, uma falta de respeito isso. Eu acho que todo mundo merece um acolhimento, um atendimento digno. Entendeu? E, às vezes, aqui, como eu te falei, aqui deixa muito a desejar. Muito, muito a desejar mesmo, porque pra uns é um acolhimento, pra outros é outro diferenciado. Não tem que acontecer isso. O acolhimento tem que ser pra todo, branco, amarelo, encarnado, preto. Sem diferença de cor, idade, gênero, sexo e etnia” (P8).

“Como a maneira que os profissionais, na verdade, falam com a gente. Então, acho que é mais ou menos isso. Como se trata, o médico. Principalmente o médico. A gente é bastante vista como um zé ninguém, né? Então, o médico conhece, pelo menos, a gente como técnico, né? Então, acaba que eles tratam a gente diferente [...] eu já fiz uma ouvidoria contra uma pessoa por causa de violência. Eu me senti lesada, né? Porque a pessoa me chamou a atenção na frente de todo mundo e ficaram, tipo... Tirando brincadeiras, né? Para mim, isso foi uma violência institucional” (P9).

“Eu entendo como violência institucional, a questão onde você tem que agir de uma maneira, trabalhar de uma certa forma com uma paciente, muitas das vezes, você não tem funcionário suficiente, você não tem equipamento suficiente, você não tem medicação suficiente, isso que eu entendo como violência institucional, porque se a paciente está precisando, e eu sei que eu tenho que dar o suporte para essa paciente, eu não consigo dar por falta de uma certa medicação, eu estou cometendo uma violência. Em cima disso, mas não porque eu quero, mas porque a minha estrutura não me permite eu agir daquela forma” (P11).

“Acredito que institucional é o local onde a gente trabalha, né? O que dá pra entender é uma violência, é quando algo agride ou ofenda, né? Ou possa causar algum problema, tanto ao funcionário, ao profissional, quanto à paciente, por falta de equipamento. Vamos dizer assim, eu acredito que seja isso. Por falta de estrutura. O que dá pra entender é isso. Então, assim, a estrutura, ela não fornece o equipamento. Então, isso causa uma violência, né? Eu acredito que seja isso. Ou então, possa ser também a instituição, ela não consegue trabalhar com o profissional ou age de forma grosseira” (P13).

A fala do profissional 11 e 13 é associada diretamente às condições estruturais, ressaltando como a insuficiência de recursos materiais e a própria postura da instituição podem

gerar situações de vulnerabilidade, prejudicando tanto o cuidado às pacientes quanto à dignidade dos trabalhadores.

Esses depoimentos permitem compreender como os profissionais percebem a violência institucional tanto em sua dimensão estrutural quanto no impacto das práticas cotidianas. A seguir, os relatos evidenciam situações concretas em que a violência se manifesta durante a assistência ao parto.

“É, uma norma que tem, na cesárea elas ficam contidas. É de praxe fazer” (P4).

“Todas as pacientes que forem pra cesárea, elas precisam ser, ela é amarrada na cesárea, nos braços. É institucional” (P5).

Observa-se que tais práticas são naturalizadas e reproduzidas como parte da rotina hospitalar, revelando a dimensão estrutural da violência que permeia o cuidado obstétrico. Tais relatos mostram que a contenção física das mulheres submetidas à cesariana é considerada procedimento padrão, o que implica violação da autonomia e da dignidade da paciente.

“Quando leva para a sala de parto, fica na posição que o médico quer, que é a sala de parto dele. Chega lá, ela não escolheu a posição pra ela, perde a autonomia, perde total. Ela entrou, ficou lá, deitada na cama, e ele que fica coordenando lá. O médico se torna tipo o maestro” (P7).

“Geralmente, alguns médicos, eles falam, eles que decidem qual é a posição. Eles que decidem qual é a posição que ela tem que parir, a posição melhor para eles” (P8).

“Uma vez estávamos fazendo um parto de uma paciente e ela não queria mudar de posição, ela queria parir de quatro apoios. Aí entrou um médico e disse assim, eu acho muito feio essa posição de uma mulher parir. Nem todos ainda aceitam. Mas a enfermagem, ela já conseguiu um grande mérito” (P11).

Nas falas dos entrevistados, é possível notar que as mulheres eram privadas da liberdade para escolher a melhor posição para parir, pois muitos profissionais as obrigavam a ficar no leito, sem liberdade para movimentação, conforme a conveniência do profissional. Além disso, os depoimentos também apontam para a prática recorrente de procedimentos invasivos, como a episiotomia, realizados sem consentimento da mulher. Há ainda menções à imposição de laqueadura, o que reforça a gravidade dessas práticas ao violar diretamente os direitos reprodutivos das pacientes.

“Acho que todo mundo sabe que até na televisão já apareceu várias denúncias, né? Impondo... Laqueadura [...]” (P3).

“A episiotomia, já cheguei a ver [...]” (P4).

“[...] e a física, porque nesse caso, como eu falei, ela fez... Só fez dizer, vou fazer um corte aqui, e fez o corte mesmo. Não explicou, não teve consentimento” (P7).

“Ainda existe essa questão de alguns profissionais que ainda fazem episiotomia sem consentimento” (P9).

“Graças a Deus, muitas das vezes eu consigo fazer um parto sem que aquele médico entre lá e fosse fazer, porque eu sabia que ele ia fazer uma episiotomia” (P11).

“Tem profissionais que sei que se ele estiver ali sozinho com aquela paciente, ele se aproveita para fazer, já que não tem ninguém olhando, tipo, vou fazer uma episiotomia. Vou fazer um cortezinho para ser mais rápido, senão vai lacerar ali e ali. E se ele vê que não tem nenhum profissional da saúde, nenhum enfermeiro, ele se aproveita daquela situação e realiza” (P12).

“Outra forma é procedimentos, né? Invasivos, sem autorização da paciente. Isso é o que mais acontece na sala de parto. Sem autorização da paciente, sem orientação. Então, isso aí é um dos que mais acontece” (P13).

Esses relatos reforçam que a violência física na assistência obstétrica está associada tanto a condutas padronizadas e legitimadas institucionalmente quanto a práticas individuais, mas igualmente abusivas de determinados profissionais.

“A gente puxa a cabeça agora para frente e segura a perna. Dá um pouquinho de oxigênio” (P4).

A fala do profissional 4 revela uma prática intervencionista, em que a parturiente é submetida à manipulação física sem referência ao consentimento ou protagonismo da mulher, evidenciando traços de violência física no cuidado.

“Então, o bebê começou a entrar em sofrimento fetal mesmo, e infelizmente o médico, pelo tempo que aquele bebê estava ali, ele fez uma episiotomia na paciente. Foi uma violência, foi, mas ali naquele momento eu entendi que ele estava tentando já salvar o bebê” (P11).

Na fala do profissional 11, percebe-se a ocorrência da violência de forma mascarada, justificando a intervenção em nome de um suposto benefício, o que reforça a ambiguidade presente em algumas condutas médicas.

No que tange à violência do tipo verbal identificada pelos participantes, destacam-se as seguintes falas:

“Abordam a paciente de forma agressiva, verbalmente falando. E acredito que até alguns colegas, mesmo, às vezes... Eu acredito até que quando um colega tem dois, três empregos, eles andam assim irritados com a rotina do dia a dia. E acaba que aqui e ali escapam uma palavra errada, um tom de voz mais alterado. [...], algumas situações é que a paciente, também, devido

à dor, acaba não colaborando. E aí o médico tem que ser bem firme, rígido e muita das vezes áspero” (P1).

“[...] a paciente que, na hora do desespero, da contração aí ela acaba tocando na vagina e depois ela... Como posso dizer? Ela acaba tentando tocar no profissional e aí ele dá um grito e ela se assusta. Aquela coisa. E fica um clima bem chato” (P2).

“[...] ela estava na posição ginecológica, né? Tipo assim. Aí teve a agressão do médico, sendo grosseiro. Isso daí é uma violência” (P5).

“Eu acho que a violência hoje, a verbal, ela deu uma diminuída, mas ela existe, ela ainda tem, é presente ainda” (P7).

“Há esses comentários de voltar ano que vem, esses comentários bestas que fazem, né? Sem necessidade nenhuma” (P13).

Na fala a seguir, a participante relata que durante o período expulsivo outra profissional ficava gritando e pedindo que a paciente fizesse força. Essa situação levou a uma laceração que precisou ser corrigida no centro cirúrgico. O que denota que, além da violência verbal, houve repercussões físicas diretas na saúde da mulher:

“[...] a enfermeira disse assim: faz força, faz a força, faz a força. [...] Essa força, eu nunca tinha visto uma coisa daquela. Eu nunca vi isso. Isso não era pra acontecer. Olha como é que tá isso. Ela falava alto e a menina ouvia” (P8).

Os profissionais relataram também que, além de identificar as violências verbais sofridas pelas pacientes, em algumas situações também foram vítimas, conforme visto nas falas a seguir:

“Às vezes, quando o próprio acompanhante começa a ameaçar. Aquela coisa toda. E aí, a equipe se sente coagida” (P1).

“Muitas das vezes, a gente é agredida verbalmente, pelos acompanhantes. E eles não aceitam de jeito nenhum. Eles querem ver, lógico, que é direito de ele ver o filho, né? Mas, tem as regras pra entrar aqui. Então, muitas das vezes, eles não aceitam” (P3).

Essas falas revelam que a violência verbal é bidirecional, atingindo tanto as pacientes quanto os profissionais de saúde, o que contribui para um ambiente de tensão e fragilidade no processo de cuidado.

No que tange à violência do tipo psicológica identificada pelos participantes, destacam-se as seguintes falas:

“Às vezes eles não fazem lá na admissão, nenhum tipo de medicação. Nem o de ataque, nem o outro, acabam mandando a paciente sem fazer nada” (P2).

“[...] porque a situação está intragável aqui dentro desse hospital. Ninguém quer ficar contigo” (P8).

“Aqui já chegou várias... Já chega várias pra gente que às vezes tá com a pressão elevada, que é alto risco, que na verdade já tem no pré-natal, e não vem com nenhum tipo de cuidado de nada” (P9).

Nos depoimentos dos entrevistados emergem situações que caracterizam violência psicológica, evidenciada tanto pelo abandono no atendimento quanto pela omissão de cuidados essenciais, como a falta de medicação. Esses episódios se somam à transferência intersetorial de pacientes de alto risco realizada sem a devida assistência e à postura de profissionais que verbalizam a recusa em prestar cuidados, configurando práticas que impactam diretamente o bem-estar emocional da mulher.

“Porque eu fui e a médica pediu para eu ser conivente com ela. Porque ela não ia dar mais assistência para o bebê porque ele ia morrer. Eu disse, sim, doutora, mas ele ainda está vivo. A gente sabia que o bebê ia morrer, mas não era agora” (P8).

“Com a paciente, não passando a orientação certa. E aí é uma forma de violência, né? Porque é um momento que elas precisam da orientação. Então, algumas desconhecem, algumas estão num momento de dor, desconhecem e precisam de orientação” (P13).

A ausência de orientações adequadas durante o processo de dor e fragilidade priva a mulher de segurança e autonomia, intensificando sentimentos de medo, angústia e impotência. Assim, a falta de comunicação ética e empática torna-se um potente instrumento de violência psicológica no contexto da assistência obstétrica.

“[...] ainda a presencio. A gente sabe. Quando tentam induzir a mãe. “Não, mãe, porque vai corrigir, então vai ficar bem”. E as pessoas falam, por não conhecer muito dela mesmo, e ela tá com muita dor naquele momento, ela precisa “ajudar”. Aí ele vem, oferta isso. Então eu ainda vejo isso aí. Acho que o mais eu vejo são isso aí (P7).

Nessa fala, percebe-se que na violência psicológica há tentativas de induzir procedimentos danosos à saúde em um momento de dor e fragilidade, aproveitando-se da vulnerabilidade emocional da parturiente. Essa prática desrespeita o direito à informação clara, ao consentimento livre e esclarecido e à tomada de decisão consciente.

“[...] o médico não conduz nada. O médico puxa um banquinho e senta lá no finalzinho. No finalzinho. Eles puxam a cadeirinha, o banquinho e ficam colado. Eles esperaram muito. Aqui, eles custam muito para dar a conduta deles. É por isso que, às vezes, acontece as coisas aqui

no pré-parto. Porque eles custam. Eles chegam, se sentam. Viu aqueles dois lá? Estão sentados. Pegam lá o caça-palavra. É três horas. Mais ou menos três horas que eles ficam aqui. Uma hora e pouco. Pronto, é de caça-palavra direto” (P8).

O relato descreve profissionais que permanecem distantes, sem interação efetiva com a parturiente, priorizando atividades alheias ao cuidado, o que transmite desatenção e descaso diante de situações que exigem vigilância contínua. Essa conduta fragiliza o processo assistencial, gera insegurança entre os demais membros da equipe e compromete a qualidade do cuidado oferecido à mulher, configurando um exemplo de violência institucional do tipo psicológica manifestada por meio da omissão e da negligência.

5.3.2. Categoria 2 – Estrutura, Recursos e Organização do Trabalho

A categoria 2, formada pelas classes 3 e 4, destacaram-se os vocábulos “estrutura”, “dificuldade”, “comunicação”, “falta”, “recursos humanos”, “capacitação”, “dever”, “profissional”, “reunião”, “plantão” e “acolhimento”.

Essa categoria refere-se às condições estruturais e à forma de organização do serviço, englobando aspectos como disponibilidade e adequação de recursos físicos, quantitativo e qualificação dos profissionais, além de estratégias de capacitação contínua. Os relatos evidenciam que limitações nesses aspectos podem comprometer a qualidade da assistência e gerar situações de sobrecarga, descontinuidade do cuidado e falhas no atendimento às gestantes. Tais circunstâncias revelam manifestações de violência institucional do tipo estrutural, como pode ser observado nas falas a seguir.

A falta de recursos humanos é apontada de forma recorrente como um dos principais fatores de sobrecarga e falhas na assistência:

“Eu acho que os maiores problemas que a gente tem enfrentado ultimamente é questão de RH reduzido que sobrecarrega a gente, né? A gente acaba trabalhando por dois e aí você não consegue prestar a assistência que você gostaria de prestar. E também a falta de insumos, que o Estado está sem, não está liberando como deveria e a gente trabalha improvisando por conta de déficit de insumos” (P1).

“Sempre tem, sempre tem essa falta de RH. Então, assim, fica complicado, fica mais pesado o trabalho, né? Para todos, de alguma certa forma, porque querendo ou não, falta de RH, não tem como. Então, também, esses são os obstáculos que a gente tem também durante o dia a dia no plantão. Falta de profissional” (P4).

“Há bastante falta de RH e de materiais básicos para a assistência, como gazes, luvas” (P5).

A insuficiência de recursos humanos, aliada à falta de insumos essenciais, compromete diretamente a qualidade da assistência prestada, sobrecarrega os profissionais e aumenta o risco de falhas no cuidado. A carência estrutural não apenas limita a capacidade de atuação da equipe, mas também configura um cenário propício à ocorrência de violência institucional, enquanto os profissionais são obrigados a improvisar e priorizar tarefas diante de restrições de pessoal e materiais.

Além da carência de profissionais, a falta de insumos e equipamentos adequados impacta diretamente na segurança do cuidado:

“Por exemplo, se tiver uma laparotomia, a gente tem que recorrer a quase a unidade toda para atrás de fio e outros tipos de materiais. Falta, sim, de material. De profissionais também. Inclusive, nesse plantão aqui, fica só um no SRPA, né? Então, às vezes, assim, o acolhimento que a gente tem com o paciente não é aquela coisa 100%, né? Como deveria ser prestado. A gente tem, sim, uma visão com o paciente, mas nem sempre é como a gente gostaria que fosse, né? Devido à falta de profissional, porque só um na SRPA sobrecarrega” (P2).

“Falta de material, tudo isso são desafios. Tipo assim, a gente tem, por exemplo, esses dias agora, esses últimos meses aí, coisa básica, assim, desde luva, gases, esparadrapo, equipo, tudo isso está em falta. Em falta mesmo, assim, entendeu? Em falta mesmo. Coisa assim que, às vezes, a gente tem que, realmente, tentar usar em pouca quantidade, não é nem que em pouca quantidade, mas ali tentar para suprir todos os pacientes. E aqui é complicado” (P6).

“Tá faltando bastante esses tempos. Nunca vi um lugar tão... A gente tá sem luva, estéril. Ontem, pra entrar a nossa cesárea, a gente teve que dar as que a gente tinha aqui para poder entrar a cesárea” (P9).

“Outra coisa, aqui não tem computador. Aqui no pré-parto tem, lá não. É tudo na mão. Você evolui 30 prontuários e eles querem que você evolua de hora em hora. É tudo o que você fez. Eu não faria isso. Não faria mesmo. Eu ia ser uma pessoa rebelde e ainda ia lá na delegacia da queixa por sobrecarga de trabalho” (P10).

“[...] por falta de muitas das vezes equipamentos, de a gente não poder agir, às vezes você precisa fazer um transporte de uma paciente que está passando mal, que você precisa mandar para o centro cirúrgico de emergência ou até mesmo para uma UTI e a maca não é compatível, você tem dificuldade que a paciente é grande, você não consegue levantar, você não tem uma bala de O2. Eu acho que foram mais essas a nível institucional. Estrutural, né? O meu problema sempre foi mais isso” (P11).

“A gente não tem tanta estrutura para essas pacientes como monitor para todas. As camas não são tão adequadas para elas. Não são todas as camas que temos PPPs. Precisamos mais de suporte para elas, monitoramento mesmo para cada uma delas. Mas é a falta de estrutura mesmo. O ambiente, medicação que às vezes também precisamos de uma emergência. Digamos que a gente precisa de uma medicação para uma paciente de HPP (Hemorragia Pós-Parto). Nem todas essas medicações a gente tem no posto. Então a gente tem que se direcionar à farmácia, às vezes também não tem. Hoje em dia, o que nós não temos aqui na maternidade para uma paciente de HPP? A gente não tem o Methergin. Está em falta há mais de dois meses,

eu acho, mais ou menos esse período. Então a gente não tem essa medicação e aí a gente tem que ficar pulando os protocolos até estabilizar o quadro da paciente. Outras medicações também às vezes são limitadas para que a paciente SHEG (Síndrome Hipertensiva na Gestação). E isso dificulta mais o trabalho” (P12).

As condições físicas da unidade também foram relatadas como precárias e desumanizadoras:

“Eu trabalho diretamente com RN, eu precisaria de um lugar adequado. [...], eu preciso dar banho. Não tem uma água morna, né? Uma água morninha pra dar um banho no bebê. Eu preciso aquecer o soro pra me poder dar banho. Dá um jeitinho, é o jeitinho da enfermagem” (P3).

“A estrutura, porque quando passam as maternidades, elas são criadas de acordo com o que o governo acha que tem que ser. Então, às vezes, por exemplo, o pré-parto, ele é feito, esse aqui ainda precisa melhorar. Para as mulheres, o boxe é dividido muito apertadinho assim. Eu vejo que para elas, às vezes para mim pode ser, mas para elas, eu vejo, às vezes, elas estão divididas, um quarto pequeno com uma cortina no meio. Ela não tem o espaço ali” (P7).

“Aqui deixa muito a desejar. Falta muito, muita coisa. Material, falta... A estrutura em si, já é muito comprometida. Entendeu? Não tem um ambiente bom, uma sala que a gente possa fazer. Assim, tipo uma ginástica, boas práticas” (P8).

“Tem a falta de profissional. Estrutura. Porque aqui, esses boxes, essas cortinas, se você passar e ver, é tudo sujo. Você olha aqui, é tudo fedido, tudo caindo em pedaços. A gente tem que dar um jeito, tem que improvisar. Colchão, tudo rasgado. Outro dia, nós tivemos que tirar o colchão que estava saindo bicho de dentro” (P10).

“Acredito que a falta de leitos melhores para as pacientes, acabar com tirar paciente do leito para levar para a sala de parto, isso aí tem que acabar, né? Precisa ter uma estrutura para que a paciente, onde ela esteja, seja assistida o parto. Então, a estrutura é o primordial, é um desafio muito grande. Ter que dar uma assistência boa para o paciente na hora do parto, que é o que o nosso setor faz, né? E nós não temos o recurso para dar essa assistência. Assim como uma possível emergência, uma hemorragia ou uma paciente convulsionando, os equipamentos, eles têm que ser posicionados de maneiras improvisadas. Então, nós não temos como tratar uma intercorrência ou até mesmo uma parada cardiorespiratória de maneira eficaz e rápida por conta de os materiais não estarem de fácil acesso” (P13).

Outro desafio recorrente refere-se à falta de leitos, que ocasiona improvisos e sobrecarga no atendimento:

“Agora, tem esse caso também, que não é pra cá né? São bebês de UTI, como não tem leito, que há, assim, muita paciente que vem pra cá. Então, fica sobrecarregado, né? A maternidade em si, de pacientes. E leito que não tem. Leito nas UTIs. E acaba a gente ficando com esses bebês aqui. Pra dar suporte às UTIs, sempre tem bebês aqui, raro não ter” (P3).

“[...] a sala do RN também que já um anexo da UTIN, da UCP” (P6).

“Tem também a questão estrutural da unidade, deixar mulher em sala de parto, na posição ginecológica, quando não deixar mulheres em aborto do lado de parturiente. [...] Na estrutura não tem o que falar, porque aqui claramente precisa de uma reforma e ajustar os leitos para parto” (P9).

Além da precariedade estrutural, os depoimentos revelam falhas na comunicação entre os profissionais, o que compromete a continuidade da assistência e favorece práticas desumanizadas:

“A gente sabe que de setor para setor tem aquela resistência, na verdade. A gente não tem, como eu posso dizer, uma interação com os próprios colegas que facilitaria o trabalho, que o trabalho fluiria melhor. E sempre tem uma barreira, um gargalo que a gente vai enfrentando dia a dia para poder resolver as questões. Mas é interno mesmo, né? Acho que é da própria enfermagem” (P1).

“Agora, deu uma melhorada. Mas, antes, tinha a falta de comunicação. Tinha coisas que a gente só ia saber depois que acontecesse alguma coisa. Como já aconteceu aqui. Que nós não sabíamos, que nós tínhamos que avisar” (P3).

“Por exemplo, eu mesmo já tive um confronto com uma colega porquê... E aí vai de profissional para profissional também. A gente sabe como funcionam essas coisas, assim, porque para a coordenadora, ela falou uma coisa, entendeu? E ela, pra mim, acabou falando outra, e aí acabou com uma falha aí, porque o que que acontece? A gente precisa de leitos pra poder rodar, e aí pra coordenadora dela, ela disse que tinha 11 leitos disponíveis desde manhã, mas só que pra mim, pessoalmente, ela falou que estava sem RH, que tinha faltado técnico pra ela, ela estava sozinha como enfermeira” (P6).

“Tem poucas pessoas pra, assim, pra comunicar. Porque às vezes, ela vem lá da frente. A gente pergunta, você sabe?... Aí, eu não sabia disso, não. Eu disse, não informaram pra senhora? Não. Falei, tá bom. Então, eu vou lhe informar como é que é” (P8).

“Acaba que não tá tendo muito essa comunicação, né? Da admissão com o pré-parto. Então, acredito que seja também falta de normas. E regras. Porque deveria ter regras pra aceitar certos pacientes. Tipo, uma mulher que vem com pressão alta. A pressão arterial elevada. Qual seria o correto lá na frente? Devia ser regra. A pessoa já vem com acesso a venoso. Pra mim, isso já deveria ser regra. E não é. Acaba que não acontece. Se é regra, não é feito” (P9).

“Eu sempre só tive uma dificuldade muito assim, na falha de comunicação, pré-parto com centro cirúrgico. Às vezes a gente se debate muito com profissionais assim que, ah, mas ela está assim, realmente é dessa forma que ela está, tenta questionar, tu já fez cardiotoco?!, e essa paciente não vai morrer, certo? Assim, a gente, não só o centro cirúrgico, a gente também já pegou em outros locais, por exemplo, UTI, a gente sempre também às vezes batia de frente, a gente estava explicando o quadro clínico da paciente, às vezes os próprios profissionais de lá de dentro não entendiam da gravidade da paciente. Eu acho que não é só aqui, eu acredito que em todos os locais, a gente tem esse conflito, infelizmente ainda existe” (P11).

“[...] acontece de haver uma falha na comunicação por questões da atribuição do trabalho, né? Nós fazemos escala, eu voltei a fazer escala de leitos para que as profissionais, as técnicas, elas pudessem cada um ter o seu local de trabalho, em qual leito trabalhar, qual paciente. Porém, elas já vêm com o costume de cada um faz uma coisa. E todas trabalham com todas as pacientes. Então, essa questão às vezes deixa muito trabalho para uma técnica, enquanto a outra já está mais que relaxada” (P13).

A ausência de normas claras, a falta de integração entre os setores e as divergências na transmissão de informações provocam conflitos internos e sobrecarga de trabalho. Nesse contexto, o fortalecimento da comunicação institucional, aliado à implementação de protocolos definidos e ao trabalho colaborativo entre as equipes, torna-se fundamental para reduzir práticas desumanizadas e promover um ambiente de cuidado mais seguro, eficiente e respeitoso.

Como estratégia de superação, os profissionais apontam a necessidade de capacitação contínua e maior integração das equipes:

“Começar pela questão do RH, como falei, né? Profissionais. Eu acho que... Não depende muito só da gestão, que é algo que a gente sabe que vem lá de cima. Mas, de alguma forma, tentar... Ter uma... Como eu posso dizer? A questão da gestão realmente, em si, tentar melhorar. E tá fiscalizando ali, tá diariamente ali nos setores. Porque tem gestão que a gente sabe, não estou criticando. É gestão, mas só dentro de sala. Não tá ali dentro lá do setor. Não tá presente ali. Não sabe. E aí, é gestor mais já... Ah, a gestor, tem coordenador, supervisor. Aí vai passando por um, e as vezes aquele telefone sem fio assim, e é distorcido já a informação [...] Capacitação também. Capacitação é importante. Importante isso aí. Em outras unidades, a gente realmente tinha cursos. Aqui também. Aqui também eles oferecem” (P6).

“Orientar mais as orientações com conversação mesmo, mais diálogo com ela, que quando me aproximo dela, ela também relaxa mais, né? Conversa mais, informa mais. Acho que a gente tem que trabalhar nisso aí pra que serve pra gente mesmo” (P7).

“Acho assim que devia ter mais assim... Sempre teve. Como é que fala, curso? Palestra. Capacitação” (P8).

“Eu acredito que deveria ter mais reuniões entre a gente, entre a equipe. A gente não tem muito esse diálogo em termos de reuniões. A gente consegue, sim, conversar com a coordenação, mas entre a equipe, às vezes, não tem muito esse diálogo, assim, vamos juntar todo mundo, vamos entrar aqui, vamos entrar em consenso, observar as coisas que devem acontecer. Não tem. Não tem esses diálogos entre a gente. Da equipe do plantão. Eu acho que deveria ter. Esse era importante, né? Até para os enfermeiros também, acaba conhecendo a gente, porque vem muito enfermeiro que a gente nem conhece. Como é que tu trabalha com pessoas que tu não conhece?” (P9).

“Eu acho que a orientação. Ela é primordial. Porque a gente ainda vê muito paciente chegar aqui, ela está com contração e o bebê, ela quer se livrar da dor. E ela fala, aí, por favor, corta, eu quero que corte. Eu acho que a orientação, ela acaba sendo um dos principais pontos para reduzir a violência no hospital. Só que não é só aquela orientação do momento que ela chega na maternidade, ela já tem que vir desde o pré-natal [...] O gerenciamento da maternidade tentar resolver a falta de estrutura que a gente tem. Mas isso não depende deles. Essa questão

vai depender muito além. É Estado, é órgãos que estão incluídos lá junto com eles para poder dar um melhor equipamento, para poder dar uma melhor estrutura. Ah, não tem medicação. Por que não tem? É aqui do hospital, não é? Vem lá, é a CEMA, é o governo que não repassa dinheiro para fulano. E é isso” (P11).

“Adaptar as camas PPPs para elas, as barras. Acho que também aqui nós temos só um banheiro. Às vezes a gente está com o setor muito lotado, a gente não consegue. Tem muitos pacientes lá que estão naquele momento precisando ir para um banho morno. A gente não consegue, tem que esperar. Digamos que a gente precisa colocar pacientes 20 minutos lá. Como que a gente vai conseguir? Então um banheiro só dificulta também a demanda. Aqui a demanda é muito grande” (P12).

“É necessário ter consentimento e reflexão de todo o lado, de todas as áreas, desde a portaria até a limpeza e até a direção. Não pode ser somente com os profissionais. Então, é necessário colocar nas paredes informativos sobre isso, tanto para os pacientes, também no caso da violência obstétrica, orientações para os pacientes. Tem que vir também no pré-natal, né? Um pré-natal bem feito, bem orientado, sabe? Realizarem o plano de parto para que elas já tenham noção do que pode vir, do que elas têm direito ou não. Eu acho que se houver, é algo bem abrangente. Não é fácil, não. É incluir duas esferas de governo e aí tem que ser um trabalho em conjunto” (P13).

Os profissionais apontam que superar a violência institucional exige estratégias integradas, que envolvam capacitação contínua, maior comunicação e integração entre as equipes e uma gestão presente nos setores. Destacando ser necessário orientar e dialogar com as pacientes desde o pré-natal, garantindo informação, autonomia e segurança, assim como a necessidade de adequar a estrutura física, disponibilizar insumos e contar com recursos humanos qualificados. Destarte, os relatos evidenciam que a redução da violência depende de esforços conjuntos de todos os setores da instituição, incluindo direção, diferentes categorias profissionais e órgãos governamentais, além da conscientização das próprias pacientes, mostrando que é necessária uma ação coletiva e abrangente para transformar o cuidado obstétrico.

Outro ponto mencionado refere-se à presença de profissionais despreparados para a assistência, o que compromete a qualidade do cuidado e gera insegurança na equipe:

“Aqui tem muita gente que não sabe dar assistência, não. Entendeu? É na base do... Te vira. Te vira, te vira” (P8).

“Falta de profissionais qualificados, porque a gente às vezes trabalha com enfermeiro que não tem experiência. Isso é muito ruim pra gente, como técnico, né? É horrível, porque como que a gente vai ter um plantão seguro se o meu enfermeiro não tem segurança no que tá fazendo? Isso é muito sério. Pra mim é uma das principais causas de erro aqui. Pra mim é o pior” (P9).

“Recursos humanos não é nem a falta, é questão mesmo de, não sei nem o que dizer. Recursos humanos, às vezes, é questão de o profissional mesmo não desempenhar o seu papel, né? O que deve ser feito e aí a gente tem, às vezes, alguns embates” (P13).

A falta de qualificação e de comprometimento dos profissionais compromete o trabalho em equipe, fragiliza o processo assistencial e expõe tanto os pacientes quanto os colaboradores a situações de vulnerabilidade, configurando um fator relevante na perpetuação de falhas e de práticas de violência.

5.3.3. Categoria 3 – Direitos da Mulher, Acompanhante e Cuidado Humanizado

A categoria 3, formada pelas classes 5 e 6, destacaram-se os vocábulos “acompanhante”, “direito”, “atender”, “aceitar”, “situação”, “explicar”, “orientar”, “bebê”, “violência”, “ALCON”.

Essa categoria abrange aspectos relacionados ao respeito e direito da mulher em seu período gravídico-puerperal, como a presença do acompanhante, a escuta ativa e a oferta de informações claras. A ausência de garantias desses direitos, bem como a restrição ao acompanhante, configura fragilidades no processo de humanização do cuidado.

O acompanhante é reconhecido como figura importante, mas também aparece como fonte de desafios. Ainda assim, reforça-se a necessidade de envolvê-los no processo de cuidado, com orientações claras sobre seu papel no apoio à mulher. Como pode ser observado nas falas abaixo:

“Tem acompanhante que não ajuda. E entra em total pânico e total desespero. Ai são situações que, às vezes, a gente tem que ser firme. Tentar usar as palavras certas, pra não magoar. Não causar mais atrito do que já está tendo” (P1).

“[...] lidar com o acompanhante. Ainda mais em uma situação assim, tem alguns acompanhantes que querem, pensam que estão entrando na casa deles, né? E, numa emergência, geralmente a gente evita eles entrarem, ficam ali na frente, né? Uma cadeira, né? Tipo uma sala de espelho. E lá a gente, a gente mesmo conversa, ou a gente pede pra enfermeira conversar com eles [...] eles entram como acompanhantes. Então... Tem o lugar deles, né? Pra eles ficarem. E a gente vai explicando o que se pode ser feito aqui dentro e o que não pode. Então muitas das vezes eles não aceitam” (P3).

“Tem os acompanhantes que também, ao invés de muitos, ao invés de ajudar... Não ajuda mesmo. Faz empatar certas coisas” (P4).

As falas evidenciam que, embora o acompanhante seja um direito garantido, sua presença nem sempre é vivenciada de maneira positiva pela equipe. A falta de preparo ou de compreensão do papel que deve desempenhar pode gerar conflitos, sobrecarga emocional e até

mesmo entraves na assistência. Isso reforça a necessidade de estratégias institucionais de acolhimento e educação voltadas para os acompanhantes, para potencializar sua contribuição no processo de parto e nascimento.

“[...] direito do acompanhante, tudo direitinho lá, a gente tenta seguir essas normas” (P2).

“A questão do acompanhante. Às vezes o médico não deixa entrar” (P5).

“A gente não troca de acompanhante. Justamente para não ter esse perigo, esse risco de infecção, bactéria vindo de fora. Então, assim, uma série de orientações que a gente dá para os acompanhantes e também para a paciente” (P6).

“Elas tiveram dificuldades quando não podia entrar acompanhante, mas hoje ele entra. Então, ela é sabedora, e a gente também a orienta que ela tem que ficar com o acompanhante” (P7).

Esses relatos evidenciam que as divergências sobre a presença do acompanhante expõem fragilidades na efetivação desse direito, gerando experiências contraditórias e ambíguas para as gestantes e suas famílias.

“Desafios não é tanto com a paciente. É mais é com a acompanhante. São pessoas difíceis de se lidar. Entendeu? Eles não aceitam. Eles querem chegar e ser logo atendido. A gente vai explicar. Houve casos aqui que eu dei dinheiro para o pai ir para casa” (P8).

“[...] por insistência do paciente, do acompanhante, principalmente do acompanhante, eles acabam internando aquela paciente que tá em pródromos. Mas ele quer internar. Só que a paciente fica aí, ó. Fica muito tempo aí e acaba estressando não só a gente, porque muitas vezes eles nos distratam” (P9).

“[...] geralmente são acompanhantes que estão estressados, né? Acompanhantes que estão em dúvida, né? Precisam de uma orientação” (P11).

“A questão é, a violência existe, mas houve já uma melhora nisso, eu acredito que houve, principalmente com a questão do acompanhante, né? Está participativo em tudo. Da internação até a alta. Claro, eles precisam também serem orientados, quem for ficar precisa ser orientado, para que se algo ocorra assim, fora dos padrões, fora do normal. Eles possam contestar e saibam com quem recorrer” (P13).

É notado pelos participantes que o acompanhante é tanto um sujeito que demanda cuidado e orientação quanto um aliado potencial no processo de humanização. Sua participação ativa pode trazer segurança para a mulher, desde que mediada por uma comunicação clara e pelo estabelecimento de limites adequados. Por outro lado, quando não há preparo ou suporte, ele pode se tornar fonte de desgaste e conflito.

Os participantes entendem que as práticas, como banho morno, exercício com a bola, diálogo, orientações para o parceiro, deambulação, posições verticalizadas e massagem de alívio, estão relacionadas e fazem parte de uma assistência humanizada.

“Quando ela pari no leito, elas mudam a posição. Lateraliza, faz quatro apoios, às vezes ela... Ela escolhe... Mais por parte da enfermagem” (P7).

“[...] elas fazem exercício, tem bola, tem tudo pra fazer exercício. Quando tem fisioterapeuta, elas escolhem. Ah, não, pra mim não tá bom assim, então fica do jeito que você achar que deve” (P10).

“A gente oferece as boas práticas, desde quando ela dá a entrada no pré-parto, são orientadas as boas práticas, são oferecidas as boas práticas. Aqui a gente tem uma fisioterapeuta também que faz as boas práticas, com elas que ajuda, que trabalha com elas. Na sala de parto também a gente orienta a minimizar o máximo possível a dor dela. Como? A posição lateralizada, quatro apoio. A posição que ela achar mais confortável para ela vai ser a que ela escolher” (P11).

“A gente oferta também um banho morno, as massagens, orientamos os acompanhantes sobre as massagens. Temos a bola suíça para que elas possam fazer também um exercício, cavalinho. A gente oferece as boas práticas” (P12).

Observa-se que a presença do acompanhante e a adoção de práticas humanizadas representam avanços importantes no cuidado obstétrico. Entretanto, os relatos revelam que tais estratégias ainda enfrentam entraves relacionados à falta de preparo para lidar com conflitos, resistência de alguns profissionais e limitações estruturais da instituição. Assim, a efetivação plena dos direitos da gestante e do recém-nascido depende não apenas da garantia legal, mas também do fortalecimento da comunicação entre equipe, paciente e acompanhante, aliado à consolidação de protocolos institucionais que favoreçam o respeito, a humanização e a segurança no processo de parto e nascimento.

6. DISCUSSÃO

Essa sessão foi organizada em dois tópicos a partir dos resultados obtidos no estudo. No primeiro, será discutido sob o prisma da violência institucional, a percepção dos gestores sobre o cuidado a gestante de alto risco na hora do parto e sua relação com as normas e rotinas do setor, em suas três subcategorias: Categoria 1 – Gestão, Infraestrutura e Desafios Organizacionais; Categoria 2 – Comunicação, Coordenação e Violência Institucional; e Categoria 3 – Cuidado ao Paciente e Práticas de Atendimento. No segundo, iremos desvelar, sob o prisma da violência institucional, a percepção de profissionais de enfermagem do pré-parto, parto e pós-parto e centro cirúrgico obstétrico sobre o cuidar da gestante de alto risco na hora do parto e sua relação com as normas e rotinas desse setor, em suas três subcategorias: Categoria 1 – Práticas Clínicas e Condutas no Parto; Categoria 2 – Estrutura, Recursos e Organização do Trabalho; e Categoria 3 – Direitos da Mulher, Acompanhante e Cuidado Humanizado, que serão discutidas a seguir.

6.1. Gestores

6.1.1. Categoria 1 – Gestão, Infraestrutura e Desafios Organizacionais

Os depoimentos dos gestores evidenciam que a inadequação da infraestrutura hospitalar, associada à escassez de insumos e equipamentos, compromete a implementação de boas práticas assistenciais, sobretudo no modelo humanizado de parto e nascimento. Essa constatação converge com estudos brasileiros que apontam a defasagem estrutural dos serviços de saúde como um dos determinantes da violência institucional em maternidades públicas (Diniz *et al.*, 2015).

A precariedade estrutural é relatada como reflexo da expansão populacional não acompanhada pela atualização física e tecnológica das unidades. Esse fenômeno, também identificado em estudos internacionais, mostra que a desproporção entre demanda assistencial e capacidade instalada impacta diretamente na qualidade do cuidado e na dignidade da experiência das mulheres durante o parto (Bohren *et al.*, 2015). Segundo Kruk *et al.* (2018), a falta de investimentos em infraestrutura adequada compromete não apenas os resultados clínicos, mas também a confiança social nos sistemas de saúde.

Outro aspecto recorrente refere-se à ausência de leitos PPP, que obriga o deslocamento das mulheres para ambientes inadequados no momento do parto. Essa realidade contraria as recomendações da OMS, que preconiza o respeito à autonomia da parturiente e a oferta de infraestrutura que favoreça a privacidade, a liberdade de posição e o protagonismo da mulher

no processo parturitivo. A limitação estrutural, nesse sentido, constitui barreira significativa à implementação de um modelo de assistência centrado na humanização (WHO, 2016).

Além da infraestrutura, a escassez de recursos humanos permanece como entrave para a qualidade da assistência. Os gestores relatam a insuficiência de técnicos de enfermagem, fator que repercute diretamente na sobrecarga dos profissionais e na continuidade do cuidado. Esse achado dialoga com investigações nacionais que evidenciam a relação entre déficit de pessoal, aumento da carga de trabalho e maior risco de eventos adversos (Ribeiro *et al.*, 2020). No plano internacional, Renfrew *et al.* (2014) reforçam que equipes dimensionadas de forma inadequada limitam a capacidade de resposta a emergências obstétricas, ampliando a vulnerabilidade materna e neonatal.

A questão da higienização hospitalar, também destacada, aponta para um desvio de função dos gestores, que, em situações críticas, assumem tarefas operacionais para garantir o mínimo necessário à assistência. Esse cenário ilustra não apenas a insuficiência de recursos humanos, mas também uma falha organizacional que compromete a biossegurança. Estudos recentes demonstram que a higienização inadequada em ambientes hospitalares é fator de risco relevante para infecções associadas à assistência, com implicações diretas na morbimortalidade materna e neonatal (Allegranzi *et al.*, 2017).

Outro ponto evidenciado refere-se às resistências das equipes diante da implementação de normas e rotinas institucionais. Tal resistência, conforme indicam os relatos, compromete a adesão às medidas de segurança e dificulta a consolidação de boas práticas. No contexto brasileiro, Vieira *et al.* (2019) identificaram que a ausência de cultura organizacional voltada à segurança do paciente, somada à resistência profissional, constitui barreira para a efetividade das políticas institucionais. Em âmbito internacional, Manser (2018) reforça que a construção de uma cultura de segurança depende da integração entre gestão e equipes assistenciais, com comunicação clara, protocolos bem estabelecidos e participação coletiva.

Por fim, a análise desta categoria evidencia que os desafios organizacionais transcendem a dimensão estrutural, envolvendo também aspectos culturais, relacionais e de gestão. A superação desses obstáculos exige não apenas investimentos em infraestrutura e recursos humanos, mas também a consolidação de uma gestão participativa, capaz de engajar profissionais na adesão a protocolos e na promoção da qualidade do cuidado. Como ressaltam Souza *et al.* (2021), a educação permanente em saúde é estratégia indispensável para sensibilizar equipes, fortalecer práticas colaborativas e alinhar a assistência às diretrizes da humanização e da segurança do paciente.

6.1.2. Categoria 2 – Comunicação, Coordenação e Violência Institucional

Os resultados apresentados revelam que falhas na comunicação entre equipes multiprofissionais e dentro da própria categoria de enfermagem emergem como um dos principais fatores de comprometimento da assistência. A dificuldade em estabelecer um diálogo horizontal entre diferentes profissões da saúde e a fragmentação de informações entre setores foram descritas pelos participantes como barreiras à continuidade do cuidado. Essas constatações encontram respaldo em estudos nacionais que destacam a violência institucional como fenômeno produzido por falhas organizacionais e comunicacionais, as quais afetam tanto a qualidade da assistência quanto a dignidade da usuária (Souza *et al.*, 2020).

A literatura recente demonstra que a comunicação ineficaz entre profissionais de saúde potencializa situações de violência simbólica e objetiva, sendo comum em maternidades brasileiras a banalização de falas discriminatórias, autoritárias e desrespeitosas, sobretudo em contextos marcados por hierarquias rígidas (Santos; Gomes; Nascimento, 2021). Esse aspecto foi evidenciado nos depoimentos analisados, quando participantes relataram que o “tom de voz” ou a “forma de falar” podem ser interpretados como agressivos, evidenciando a interdependência entre comunicação e percepção da violência institucional.

A violência estrutural, manifestada pela precariedade de recursos humanos e materiais, também foi relatada como fator que fragiliza a assistência e contribui para a violência institucional. Estudo realizado por Tesser *et al.*, (2020) reforçam que a ausência de analgesia adequada, a rigidez de normas institucionais e a execução de intervenções rotineiras sem respaldo científico, como a episiotomia indiscriminada, configuram formas de violência obstétrica que permanecem naturalizadas nos serviços de saúde.

Os relatos de sofrimento psicológico vivenciados por profissionais da maternidade de Manaus também convergem com achados de pesquisas internacionais, que apontam que a violência institucional não afeta apenas usuárias, mas repercute negativamente na saúde mental dos trabalhadores, contribuindo para o adoecimento ocupacional e para o enfraquecimento dos vínculos entre equipes (Bohler *et al.*, 2021). Além disso, um estudo multicêntrico conduzido no Brasil associou a vivência de violência institucional no parto ao aumento significativo de sintomas depressivos no puerpério, principalmente em mulheres adolescentes e não brancas (Leal *et al.*, 2020).

Entre as estratégias de enfrentamento, os participantes citaram a realização de reuniões setoriais, uso do partograma para melhorar a comunicação e intervenções educativas voltadas às equipes. Essas ações dialogam com propostas de humanização da assistência, que preconizam o fortalecimento da escuta ativa, do registro clínico qualificado e da comunicação

interprofissional como mecanismos essenciais para prevenir práticas violentas (WHO, 2018). Nesse sentido, a literatura aponta que a comunicação clara e padronizada constitui um fator protetor frente à violência institucional, favorecendo a segurança do paciente e o trabalho colaborativo (Kyndt *et al.*, 2022).

Constata-se, portanto, que a violência institucional está diretamente relacionada a falhas comunicacionais, à descoordenação intersetorial e à precariedade estrutural. Superar esses entraves exige mudanças organizacionais que privilegiem práticas de respeito, acolhimento e comunicação efetiva, fortalecendo a cultura de segurança e de humanização no cuidado.

6.1.3. Categoria 3 – Cuidado ao Paciente e Práticas de Atendimento

A análise da categoria evidenciou a centralidade do paciente como sujeito do cuidado, sendo destacados aspectos como a humanização da assistência, a equidade entre gestantes de risco habitual e de alto risco, a adesão a protocolos atualizados e a valorização das boas práticas no parto e nascimento. Esses elementos encontram respaldo em políticas públicas nacionais, como a Rede Cegonha e a Política Nacional de Humanização (PNH), que preconizam práticas seguras, baseadas em evidências e centradas na mulher e sua família (Brasil, 2017).

As falas dos participantes apontaram para a limitação da autonomia da enfermagem diante de condutas médicas postergadas, situação que pode comprometer a resolutividade e a segurança do cuidado. Esse cenário reflete um modelo biomédico hierarquizado, ainda presente nos serviços obstétricos brasileiros, no qual a tomada de decisão é concentrada no médico, mesmo em situações em que o enfermeiro obstétrico possui competência legal para intervir (Silva; Oliveira; Santos, 2021). Estudos recentes destacam que a superação desse modelo depende do fortalecimento do trabalho multiprofissional e da valorização da enfermagem como protagonista no processo de cuidado (Faúndes; Cecatti, 2020).

Outro ponto enfatizado foi a humanização como valor primordial da assistência. De acordo com Bohren *et al.*, (2019), a ausência de práticas humanizadas no parto está diretamente associada à experiência de violência obstétrica e institucional, resultando em insatisfação, sofrimento físico e psicológico das mulheres. Dessa forma, mesmo em contextos de limitação estrutural, o compromisso ético dos profissionais com a empatia, o respeito e a escuta ativa constituem um elemento transformador da prática clínica.

A equidade na atenção às gestantes de diferentes perfis de risco também foi relatada como princípio norteador. Esse aspecto converge com as recomendações da OMS, que enfatizam que toda mulher tem direito a cuidados de qualidade, independentemente de suas condições clínicas ou socioeconômicas, com atenção especial às necessidades específicas de

gestantes em situações de vulnerabilidade (WHO, 2018). Assim, assegurar práticas equitativas significa não apenas oferecer o mesmo atendimento, mas garantir a adequação da assistência às demandas singulares de cada paciente.

Outro eixo relevante foi a valorização da ciência e da atualização dos protocolos assistenciais. A implementação de protocolos operacionais padrão (POPs), fluxos organizacionais e diretrizes baseadas em evidências é apontada pela literatura como estratégia essencial para reduzir a variabilidade das práticas clínicas, promover a segurança do paciente e qualificar a assistência obstétrica (Vogel *et al.*, 2021). Nesse sentido, os relatos sobre atualização dos POPs e protocolos de atendimento evidenciam um movimento organizacional em direção à melhoria contínua da qualidade e à padronização das condutas.

Portanto, os gestores reforçam que o cuidado obstétrico de qualidade depende de múltiplos fatores interligados: autonomia profissional, comunicação eficaz, equidade, humanização, adoção de boas práticas e atualização contínua da assistência. A incorporação desses elementos é indispensável para consolidar um modelo de atenção obstétrica centrado na mulher, pautado em evidências científicas e comprometido com os princípios do SUS.

6.2. Profissionais de enfermagem

6.2.1. Categoria 1 – Práticas Clínicas e Condutas no Parto

Os relatos dos participantes demonstraram como os profissionais de enfermagem percebiam a VI à mulher durante o período gravídico-puerperal. Também pôde ser evidenciado que a VI se apresenta de maneira distinta (problemas nas práticas de cuidado, na estrutura do serviço e relações interpessoais). De acordo com os problemas relacionados às práticas clínicas e condutas no parto, foram percebidos pela forma naturalizada e reproduzida como parte da rotina hospitalar.

Através dos relatos dos participantes, percebe-se que as práticas hospitalares no cuidado obstétrico permanecem sob forte influência da visão biomédica, que se expressa em um trato desumanizador no abuso e medicalização e patologização do parto, por meio da perda de autonomia e controle dos corpos (Trajano; Barreto, 2021). Tal compreensão torna as intervenções desnecessárias, a não obtenção de consentimento e outras práticas abusivas de saúde como naturalizadas, em razão da frequência em que os profissionais as executam, o que contribui para a perpetuação da VI e para a fragilização da humanização no parto e nascimento.

Neste estudo, os profissionais reconheceram que as práticas de cuidado abusivas acarretam a perda da autonomia da mulher sobre seu corpo e sua sexualidade, resultando em

múltiplos danos de ordem física, psicológica e verbal. Entre os danos físicos, destacou-se a realização de episiotomia sem consentimento, a imposição de laqueadura, a contenção durante cesarianas, a imposição de posições e as manipulações excessivas, frequentemente associadas à dor e a complicações no pós-parto imediato.

Para Diniz, (2001), a episiotomia é uma das formas mais dramáticas de demonstração de apropriação do corpo feminino, já que é a única cirurgia realizada sobre o corpo de um indivíduo saudável sem o seu consentimento. É um procedimento cirúrgico que não previne lacerações, e sim aumento na taxa de infecção puerperal e na hemorragia pós-parto (Marambaia *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, Chacham e Diniz (2002), destacam que intervenções realizadas de forma desnecessária, como a episiotomia de rotina, a administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto, entre outras práticas, configuram-se como violações ao direito da mulher sobre a própria integridade física.

Para Silva, (2019), fazer a contenção da paciente durante o procedimento de cesariana constitui uma violência explícita, pois retira da mulher a sua autonomia e dignidade em um momento de extrema vulnerabilidade. Essa prática, muitas vezes justificada como medida de segurança ou de facilitação técnica, evidencia a desumanização do cuidado e a perpetuação de relações de poder assimétricas entre equipe de saúde e paciente.

Em uma revisão da literatura, evidenciou que a imposição de rotinas excessivamente medicalizadas, como a realização de intervenções sem o devido consentimento e a restrição das posições no parto, contraria as recomendações da OMS e reforça a urgência de reavaliar os protocolos institucionais (Pereira *et al.*, 2025).

A VI no contexto obstétrico, em muitos casos, mostra-se invisível para os profissionais, sobretudo quando se trata de práticas institucionalizadas e socialmente aceitas como parte do cuidado hospitalar. Os resultados deste estudo demonstram essa normalização, exemplificada em situações como a contenção de pacientes durante a cesariana ou o ato de segurar suas pernas para a retirada do recém-nascido. Esse tipo de relato revela como práticas abusivas acabam sendo incorporadas ao cotidiano assistencial, deixando de ser reconhecidas como formas de violência.

Os danos psicológicos identificados neste estudo manifestaram-se em situações de abandono durante o atendimento, ausência de orientação e omissão de cuidados considerados essenciais. Além disso, os participantes destacaram a negligência na oferta de informações claras e adequadas sobre o processo de parto, o que contribui para o sentimento de insegurança, medo e solidão.

A fala da participante 08 revela o abandono no atendimento à parturiente, evidenciando uma prática que compromete a qualidade do cuidado e a segurança da mulher. Segundo Aguiar, D'Oliveira e Schraiber (2013), a ameaça de abandono é utilizada como um recurso de poder para conseguir a colaboração da paciente, configurando-se como uma forma de coerção institucional. Tal prática não apenas desrespeita os princípios éticos da assistência em saúde, mas também reforça a vulnerabilidade da gestante em um momento de fragilidade física e emocional.

Estudos recentes demonstram que situações de abandono e omissão de cuidados durante o parto estão diretamente associadas a sentimentos de medo, insegurança e solidão, podendo resultar em traumas psicológicos duradouros e na perda de confiança nos serviços de saúde (Afulani *et al.*, 2022; Kahalon; Klein, 2024).

Os danos verbais manifestaram-se em falas desrespeitosas, comentários depreciativos e na utilização de tons grosseiros. Para Hotimsky *et al.*, (2002), os profissionais de saúde, em vez de oferecer acolhimento à parturiente durante o parto, frequentemente praticam atos de desrespeito verbal.

Estudos nacionais e internacionais corroboram essa perspectiva, evidenciando que o abuso verbal durante o parto é comum e afeta a experiência de cuidado das mulheres (Fernandes *et al.*, 2023; Malatji; Madiba, 2020; Kasaye *et al.*, 2024). Essas pesquisas apontam que comentários depreciativos e repreensões por parte dos profissionais podem gerar medo, insegurança e sentimento de humilhação, influenciando negativamente a adesão das mulheres aos serviços de saúde, bem como seu bem-estar psicológico pós-parto.

Os achados deste estudo despertam uma reflexão crítica acerca da permanência de estruturas patriarcais nas práticas médicas, as quais, muitas vezes, colocam em segundo plano a autonomia das mulheres, priorizando decisões técnicas impostas pelos profissionais de saúde. Esse controle sobre o corpo feminino não apenas restringe a participação da mulher nas decisões relacionadas ao seu parto, mas também contribui para a naturalização de práticas abusivas, como intervenções sem consentimento e imposição de posições, afetando diretamente sua experiência e protagonismo no processo de parto.

6.2.2. Categoria 2 – Estrutura, Recursos e Organização do Trabalho

Os relatos dos entrevistados revelam que a escassez de recursos humanos e materiais compromete a qualidade da assistência, sobrecarrega a equipe e pode constituir uma forma de violência institucional estrutural, especialmente no âmbito da obstetrícia de alto risco. Esse cenário é amplamente corroborado pela literatura recente, que atribui à insuficiência de pessoal

uma elevada carga de trabalho, maiores riscos de erros e prejuízos à segurança do paciente (Wang *et al.*, 2020).

Sarikhani, Najibi e Razavi (2024), indicam que a falta simultânea de pessoal, equipamentos e fluxos bem definidos constitui uma barreira multifatorial ao cuidado materno em contextos de baixa e média renda. No contexto nacional, pesquisas demonstram que enfermeiros em hospitais públicos enfrentam precarização das condições laborais convivendo com rotinas exaustivas, improviso diante da falta de insumos, ausência de equipe fixa e adoecimento ocupacional elementos que intensificam o adoecimento dos trabalhadores e aumentam a percepção de insegurança (Carvalho *et al.*, 2022).

A desvalorização da profissão de enfermagem, expressa pela falta de reconhecimento social e institucional, também agrava a insatisfação e contribui para a rotatividade e escassez de profissionais qualificados (Martins, 2021). Além disso, a precarização das condições de trabalho favorece o adoecimento físico e mental da equipe, aumentando os índices de absenteísmo e reduzindo a capacidade de resposta frente às demandas dos pacientes (Mohammed *et al.*, 2024).

Desde uma perspectiva internacional, o ambiente de trabalho deficitário pode gerar sofrimento moral nos profissionais, conforme observado no Sistema Nacional de Saúde Britânico, onde a superlotação e subfinanciamento crônicos levam a burnout, fadiga da compaixão e lesão moral resultando em esgotamento emocional que compromete a capacidade de prestar cuidado digno (Sodha, 2025).

De forma semelhante, o impacto da sobrecarga e das deficiências estruturais na segurança assistencial tem sido documentado em diversos contextos internacionais. A escassez de equipes adequadas está relacionada ao aumento de infecções hospitalares, ao cancelamento de procedimentos e a falhas na assistência. Fenômenos intensificados após a pandemia, especialmente em unidades de emergência. Esses achados reforçam a necessidade urgente de políticas institucionais voltadas à prevenção, ao apoio psicológico e ao fortalecimento da segurança no ambiente de trabalho (Patient Safety Movement Foundation, 2022; Sodha, 2025).

A fragmentação na comunicação entre setores e níveis hierárquicos da enfermagem, reportada nos depoimentos, contribui para conflitos, descontinuidade do atendimento e práticas potencialmente desumanizantes. Estudos apontam que um clima organizacional tenso, somado à falta de normas claras e à ausência de diálogo, impacta negativamente a segurança do paciente e a coesão interna do time (Carvalho *et al.*, 2022). Dessa forma, ambientes onde prevalece a confusão de atribuições e falta de integração entre profissionais favorecem a ocorrência de violência interna (Trindade *et al.*, 2022).

A literatura internacional também destaca que os profissionais de enfermagem são os mais expostos à violência no trabalho, tanto física quanto verbal, com impacto direto no adoecimento emocional e manutenção da assistência (Vento *et al.*, 2020). Ainda, a percepção constante de insegurança no ambiente de trabalho pode gerar medo, diminuição da confiança e retraimento na comunicação entre a equipe, afetando o desempenho coletivo e a segurança do paciente. Esse contexto reforça ainda mais a percepção de insegurança e fragilidade entre os trabalhadores.

Uma revisão de escopo evidenciou que a implementação efetiva da triagem obstétrica pode reduzir de forma significativa os atrasos no atendimento, desde que haja recursos humanos, estruturais e organizacionais adequados. Contudo, a escassez de profissionais capacitados, a inadequação do espaço físico e as falhas na comunicação entre a equipe configuram barreiras explícitas à efetividade desse modelo. Esses entraves comprometem a resolutividade e a segurança do cuidado, ampliando o risco de peregrinação das gestantes em busca de assistência e potencializando situações de violência institucional de caráter estrutural (Kassa *et al.*, 2025).

Essas evidências corroboram com os achados deste estudo, reforçando que os problemas estruturais e de organização do trabalho não se limitam à infraestrutura deficiente, mas incluem também a escassez de estratégias capacitadoras e de articulação interna. A superação dessas barreiras exige intervenções articuladas que envolvam reforço da estrutura física, adequação do quadro profissional e implementação de educação permanente com o objetivo de consolidar uma assistência obstétrica mais segura, humanizada e menos sujeita a práticas de violência institucional.

6.2.3. Categoria 3 – Direitos da Mulher, Acompanhante e Cuidado Humanizado

Os relatos dos profissionais de saúde indicam que a presença do acompanhante nem sempre é vivenciada de maneira positiva, evidenciando limitações práticas relacionadas a normas institucionais, condutas médicas ou condições estruturais da maternidade. A presença do acompanhante que não entenda a dinâmica do parto e sua duração foi identificada como um fator que pode prejudicar a assistência obstétrica ofertada.

Pesquisa realizada com profissionais de uma maternidade pública revelou que muitos veem a presença do acompanhante de forma negativa, associando-a a possíveis interferências no processo assistencial e aumento de conflitos (Sousa, 2020). Em outro estudo nacional, observou-se que para alguns profissionais a presença do acompanhante atrapalha a assistência

prestada, devido ao desconhecimento da fisiologia do parto e de procedimentos realizados (Brüggemann, 2014).

Por meio dos depoimentos dos participantes foi percebido que existem fatores que dificultam a presença do acompanhante na unidade, dentre eles estão: estrutura da instituição inadequada, falha na comunicação e/ou orientação da equipe, descumprimento de normas, além do desconhecimento sobre o parto.

O presente estudo corrobora com o de Júnior, Carvalho e Macedo (2013), evidenciando que enfermeiros enfrentam dificuldades relacionadas à garantia do parto acompanhado, principalmente devido a questões administrativas e estruturais. Entre os problemas administrativos destaca-se a ausência ou o descumprimento de normas institucionais e a falta de apoio das instâncias gestoras. Já no aspecto estrutural, observou-se a inadequação física da instituição, com espaços reduzidos e recursos materiais insuficientes, dificultando a acomodação e a inclusão do acompanhante no ambiente obstétrico.

Apesar da legislação brasileira assegurar o direito ao acompanhante, o estudo identificou diversos entraves à efetivação dessa garantia. De acordo com Costa *et al.*, (2022), negar à mulher a presença do acompanhante constitui uma forma de violência obstétrica, ainda que muitos profissionais não reconheçam essa conduta como violenta. Essa limitação compromete a humanização do parto, reduz a sensação de segurança da gestante e fragiliza o vínculo entre a mulher, a equipe de saúde e o bebê, interferindo negativamente na experiência do nascimento e na qualidade da assistência obstétrica.

Por outro lado, os depoimentos também revelam que os profissionais de enfermagem reconhecem estratégias que fortalecem a humanização, como o uso do banho morno, bola suíça, posições verticalizadas e massagens para alívio da dor, práticas que estão em consonância com estudos realizados em outras regiões do país, sustentadas em evidências sobre seus benefícios para o parto fisiológico e para a segurança perinatal (Jacob *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a humanização do parto deve ser compreendida como um processo em construção que envolve múltiplos aspectos: a adaptação das condições físicas e normativas da instituição, a qualificação contínua dos profissionais de saúde para o acolhimento do acompanhante, a revisão de concepções sobre assistência humanizada e a orientação das gestantes sobre a fisiologia do parto e seus direitos (Diniz *et al.*, 2014).

A presença do acompanhante, portanto, representa um sinal de segurança e qualidade no cuidado, além de estar ligada a princípios do SUS, como integralidade, universalidade, equidade e humanização. Por ser um direito garantido, sua efetivação deve estar prevista nos

protocolos institucionais, nos treinamentos das equipes e na responsabilização dos serviços que não cumprirem essa garantia às mulheres.

7. CONCLUSÃO

O estudo possibilitou compreender a percepção dos profissionais de enfermagem e gestores acerca da violência institucional em uma maternidade de alto risco, evidenciando que esse fenômeno se expressa tanto em práticas assistenciais cotidianas quanto em falhas estruturais e organizacionais. O perfil sociodemográfico e profissional revelou uma equipe majoritariamente feminina, com experiência prévia na assistência obstétrica.

No que tange aos profissionais de enfermagem, as percepções apontaram para a existência de práticas que, por vezes, priorizam normas e rotinas em detrimento da singularidade da mulher, configurando situações de desumanização do cuidado. Destacaram-se ainda falhas na comunicação entre setores, dificuldades de integração e ausência de protocolos claros, elementos que fragilizam a continuidade da assistência e expõem as gestantes a riscos evitáveis.

Sob a ótica dos gestores, observou-se uma compreensão da violência institucional, frequentemente associada à carência estrutural e de recursos humanos, mas com pouca problematização sobre as práticas assistenciais. Ainda assim, emergiu a preocupação com a importância da comunicação efetiva, da padronização de fluxos e da valorização das boas práticas no parto e nascimento.

Entretanto, a análise das falas evidenciou que, embora existam esforços pontuais em direção à humanização, estes se mostram insuficientes diante das condições institucionais vigentes. Assim, o estudo reforça a necessidade de fortalecer políticas institucionais que assegurem recursos adequados, promovam uma cultura de comunicação e colaboração entre equipes e incentivem práticas centradas na mulher, de modo a reduzir a violência institucional e consolidar um cuidado mais seguro, equitativo e respeitoso.

Ainda, constatou-se que a violência institucional se configura como um fenômeno multifacetado e multifatorial, enraizado nas práticas assistenciais e sustentado por uma lógica hierárquica e, muitas vezes, patriarcal do saber médico sobre o corpo feminino. Nesse cenário, torna-se imprescindível investir em mudanças estruturais e formativas, como a revisão curricular nos cursos da área da saúde, contemplando debates sobre direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, além da promoção da educação permanente dos profissionais em exercício, em consonância com as políticas de humanização da atenção ao parto e nascimento.

Desse modo, o enfrentamento da violência institucional exige mudanças estruturais, culturais e formativas. Para isso, destaca-se a necessidade de gestão participativa, protocolos baseados em evidências, recursos adequados e valorização da educação permanente. Somam-

se a essas medidas a inclusão de debates sobre gênero e direitos reprodutivos nos currículos da saúde, a criação de canais acessíveis de denúncia e a responsabilização das instituições. Assim, o caminho para superar esse fenômeno não se limita a ajustes pontuais, mas envolve um compromisso coletivo com a construção de um cuidado obstétrico humanizado, equitativo e centrado na mulher.

REFERÊNCIAS

AFULANI, P. A. et al. Abandonment and neglect during childbirth: implications for maternal health and rights. **Reproductive Health**, v. 19, n. 1, p. 1-14, 2022.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Diretoria Colegiada. **Resolução n. 36 de 3, de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União: seção 1: Poder Executivo, Brasília, DF, p. 50. 2008. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-n-36-de-03-de-junho-de-2008>. Acesso em: 30 jan. 2024.

AGUIAR, J.M. et al. Violência institucional, direitos humanos e autoridade tecno-científica: a complexa situação de parto para as mulheres. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e200231, 2020.

AGUIAR, J.M; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 2287-2296, 2013.

ALCÂNTARA, V. C. G. et al. O trabalho no trânsito e a saúde dos motoristas de ônibus: estudo fenomenológico. **Avances en Enfermería**, v. 28, n. 2, p. 15969, Agost. 2020.

ALLEGIANZI, B. et al. Global burden of endemic health-care associated infection in developing countries: systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 377, p. 228–241, 2017.

ALVES, T.O. et al. Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 4, p. 14860-14872, 2021.

AMAZONAS. Governo do Estado. **Lei nº 4.848, de 5 de junho de 2019**. Dispõe sobre a implantação de medidas contra a violência obstétrica nas redes pública e particular de saúde do Estado do Amazonas. Diário Oficial do Estado do Amazonas [Internet], Manaus, 5 de junho de 2019a. Disponível em:
» <https://sapl.al.am.leg.br/norma/10483>. Acesso em: 20 fev. 2024.

AMAZONAS. Governo do Estado. **Lei nº 4.749, 3 de janeiro de 2019**. Dispõe sobre o parto humanizado e o Plano de Parto Individual (PPI) nos estabelecimentos da rede pública estadual e nos estabelecimentos conveniados com o Poder Executivo Estadual, no âmbito do Estado do Amazonas, e adota outras providências. Diário Oficial do Estado do Amazonas [Internet], Manaus, 3 de janeiro de 2019b. Disponível em:
» <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=373684>. Acesso em: 18 fev. 2024.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70. Ed. São Paulo: Persona, 2011.

BELLAMY, C; CASTRO, R. Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. **Revista Ciencias de La Salud**, v. 17, n. 1, p. 120-137, 2019.

BITTENCOURT, S.D.A. et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

BITTENCOURT, A.C; OLIVEIRA, S.L; RENNÓ, G.M. Violência obstétrica para os profissionais que assistem ao parto. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 943-951, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005. **Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 8 abr. 2005a.

BRASIL. Lei no. 11.108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 8 abr. 2005b.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Normas e Manuais Técnicos, n.131. 2002. Disponível em: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Acesso em: 04 jan. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional do Ministério Público. **Lei nº 14.321/2022**. Violência institucional. 2022a. Disponível em: <https://www.cnmp.mp.br/defesadasvítimas/vitimas/violencia-institucional>. Acesso em: 27 jun. 2024.

BRASIL. Decreto nº4.377, 13 de setembro de 2002. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, de 1979, e revoga o Decreto nº89.460, de março de 1984. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco**, 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre os aspectos éticos e legais envolvendo pesquisa com seres humanos. Brasília, DF, 13 de jun, 2013, p.59.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: plano de ação 2004-2007. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Editora do Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 05 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 27 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 27 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Aprova a habilitação de leitos de gestação de alto risco no âmbito da Rede Alyne. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 set. 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html. Acesso em: 27 junho. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Crítérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. (Série Parâmetros SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao parto normal: guia prático para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 27 ago. 2025.

BRILHANTE, A.P.C.R; JORGE, M.S.B. Violência institucional na gravidez de alto risco à luz das gestantes e enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

BRÜGGEMANN, O. M et al. Motivos que impulsionam os serviços de saúde para não permitir o acompanhamento do parto: discursos de enfermeros. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 23, p. 270-277, 2014.

BOHREN, M.A. et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLoS Med**, 2015; 12(6):e1001847.

BOHREN, M. A. et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **The Lancet**, v. 394, n. 10210, p. 1750–1763, 2019.

BOHLER, S. M. et al. Workplace violence in healthcare: a systematic review of risk factors and interventions. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 14, p. 1–15, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18147394>

BOTELHO, A; CARVALHO, L.C. A sociedade em movimento: dimensões da mudança na sociologia de Maria Isaura Pereira de Queiroz. **Sociedade e Estado**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 209–238, 2012.

CAMARGO, B.V; JUSTO, A.M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas Psicol**. 2013; 21(2):513-18.

CARVALHO, E.M.P. et al. Dificuldades e potencialidades relacionadas ao clima organizacional dos servidores de enfermagem de um hospital público. *New Trends Qualitative Res*, v. 13, e642, 2022.

CHACHAM, A. DINIZ, C.S.G. Dossiê humanização do parto. São Paulo: **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**; 2002.

COSTA, J.A. et al. Violência obstétrica e humanização no parto. Percepção de alunos de graduação em Medicina e Enfermagem. **Revista de Saúde**, v. 13, n. 1, p. 28-33, 2022.

DIAS, T.M. et al. “Estará nas pílulas anticoncepcionais a solução?” Debate na mídia entre 1960-1970. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.26, n.3, p.e46020, 2018.

D’OLIVEIRA, A.F.P.L; DINIZ, S.G; SCHRAIBER, L.B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **The Lancet**, London, v.359, p.1681–5, 2002.

DINIZ, S.G. et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 377-384, 2015.

DINIZ, C.S. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], 2014.

FAÚNDES, A; CECATTI, J.G. Obstetric interventions and humanized childbirth: a reflection on medicalization and human rights. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 150, n. 2, p. 240–244, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13201>.

FERNANDES, H; SALA D.C; HORTA, A.L. Violence in health care settings: rethinking actions. **Rev Bras Enferm**. 2018.

FERNANDES, A.C. et al. Fatores associados ao desrespeito e abuso de mulheres durante o trabalho de parto e parto em unidades de saúde em países de baixa e média renda: uma revisão sistemática e meta-análise. **Pharmacy Education**, 2023.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3.ed.São Caetano do Sul, SP:Yendis Editora, 2008.

FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

GADELHA, I.P. et al. Qualidade de vida de mulheres com gravidez de alto risco durante o cuidado pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

GUIMARÃES, F.F. **Violência obstétrica durante a assistência pré-natal e parto em Belo Horizonte**, Brasil. 2021.

HOTIMSKY, Sonia Nussenzweig et al. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de saúde pública**, v. 18, p. 1303-1311, 2002.

JACOB, T.N.O. et al. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 26, p. e20210105, 2021.

JÚNIOR, P.B.C; CARVALHO, I.S; MACEDO, J.B.P. Condições institucionais desfavoráveis à presença do acompanhante: a visão dos enfermeiros. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, v. 5, n. 4, p. 671-680, 2013.

KAHALON, R. KLEIN, V. Unmasking the role of dehumanization in obstetric violence. **Psychology of Violence**, 2024. 15(1), 21–31.

KASAYE, H. et al. Maus-tratos a mulheres durante a assistência à maternidade e sua associação com o continuum de cuidados maternos em unidades de saúde. **BMC Pregnancy Childbirth**. 2024.

KASSA, Z.Y. et al. Implementação, eficácia e barreiras da triagem obstétrica na redução do tempo de espera: uma revisão de escopo. **Reprod Health** , 2025.

KYNDT, E. et al. Communication in healthcare teams: a systematic review of team communication and patient safety. **BMJ Quality & Safety**, v. 31, n. 7, p. 561–570, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-013656>

KRUG, E. G. et al. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

KRUK, M. E. et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 11, p. e1196–e1252, 2018.

KOPERECK, C.S. et al. A violência obstétrica no contexto multinacional. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 2050-2060, 2018.

LANSKY, S. et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2811-2824, 2019.

LEAL, M.C. et al. Obstetric violence and depression in the postpartum period: a Brazilian multicenter study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00033720, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00033720>

LEITE, J.C. A desconstrução da violência obstétrica enquanto erro médico e seu enquadramento como violência institucional e de gênero. **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, v. 11, 2017.

LEITE, T.H. et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 483-491, 2022.

LEITE, T.H. et al. The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: findings from a perinatal cohort "Birth in Brazil". **Lancet Regional Health Am.** 2023.

MALATJI, R. MADIBA, S. Disrespect and Abuse Experienced by Women during Childbirth in Midwife-Led Obstetric Units in Tshwane District, South Africa: A Qualitative Study. **Int J Environ Res Public Health.** 2020.

MANSEER, T. Team communication and patient safety in obstetrics and gynaecology: the need for cultural and structural change. **MMJ Quality & Safety**, v. 27, n.9, p.748-750, 2018.

MARTINS, R.B; VASCONCELOS, M.N.G; CORREA, R.G; Pontes, M.T.C.M. Análise das denúncias de violência obstétrica registradas no Ministério Público Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 68-76, 2022.

MARRERO, L; BRÜGGEMANN, O.M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 1152-1161, 2018.

MARRERO, L. **Violência institucional percebida pelo acompanhante em maternidades públicas da região metropolitana de Florianópolis.** 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 2019

MARRERO, L. et al. Violência institucional referida pelo acompanhante da parturiente em maternidades públicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

MEDEIROS, F.F. et al. Acompanhamento pré-natal da gestação de alto risco no serviço público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 204-211, 2019.

MEDEIROS, R.C.S; NASCIMENTO, E.G.C. “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões. **Revista Estudos Feministas**, v. 30, n. 3, p. e71008, 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOHAMMED, A. et al. Moderating role of relationships between workloads, job burnout, turnover intention, and healthcare quality among nurses. **BMC Psychology**, v. 12, art. 495, p. 1–13, 2024.

MOIMAZ, A. S. M. et al. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. **Revista Saúde e Pesquisa**, v.9, n.3, p.567577, set/dez. 2016.

MOREIRA, G. A. R. et al. Manifestações de violência institucional no contexto da atenção em saúde às mulheres e situação de violência sexual. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, e180895, 2020.

MOURA, A. F. P. et al. Violência obstétrica institucional: uma questão sobre os direitos da mulher. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, e243101422226, 2021.

OLIVEIRA, L. L. F. et al. Violência obstétrica em serviços de saúde: constatação de atitudes caracterizadas pela desumanização do cuidado. **Rev Enferm UERJ**, v. 27, e38575, 2019.

OPAS; Organização Pan-Americana da Saúde, **Estimativas globais, regionais e nacionais para a violência contra as mulheres por parceiros íntimos e estimativas globais e regionais para a violência sexual contra as mulheres por não parceiros**. Genebra, 2021.

PATIENT SAFETY MOVEMENT FOUNDATION. Workforce shortages impact patient safety. *Status Report*, [S. l.], 2022. Disponível em: <https://patientsafetymovement.org/>. Acesso em: 27 ago. 2025.

PAULA, E. et al. Violência obstétrica e o atual modelo obstétrico, na percepção dos gestores em saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, p. e20190248, 2021.

PEIXOTO, L.S. et al. Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos. **Enferm Global**. 2013; 12(1):324-40.

PEREIRA, S.R.T. et al. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE AOS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 11, n. 6, p. 388-397, 2025.

PINHEIRO, J.F. et al. **A violência obstétrica na percepção de parturientes e profissionais de saúde na cidade de Manaus: análise sob uma perspectiva figuracional**. 2021.

PORTER, B; LÓPEZ-ANGULO, Y. Violência vicária no contexto da violência de gênero: um estudo descritivo na América Latina. **CiênciaAmérica**, v. 11, não. 1 pag. 11-11, 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2ª ed - Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAUPP, F.M; BEUREN, I.M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, p. 76-97, 2006.

REIS, T.L.R. et al. Women's autonomy in the process of labour and childbirth: integrative literature review. **Rev Gaúcha Enferm**. 2017.

RENFREW, M. J. et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. **The Lancet**, v. 384, n. 9948, p. 1129-1145, 2014.

RIBEIRO, O. M. P. L. et al. Cargas de trabalho dos enfermeiros e eventos adversos em hospitais públicos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, e3345, 2020.

ROLIM, N.R.F; GABRIEL, I.S; MOTA, A.S. et al. Fatores que contribuem para a classificação da gestação de alto risco: revisão integrativa. **Brazilian Journal of Production Engineering**, v. 6, n. 6, p. 60-68, 2020.

SARIKHANI, Y; NAJIBI, S.M; RAZAVI, Z. Principais barreiras à prestação e utilização de serviços de saúde materna em países de baixa e média-baixa renda; uma revisão de escopo. **BMC Women's Health** 24, 325; 2024.

SANTOS, F.M. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**. 2012.

SANTOS, A.C.P.O. et al. Violência institucional contra a criança hospitalizada: percepção dos profissionais de enfermagem. **Aquichan**, v. 23, n. 2, p. 3, 2023.

SANTOS, D.S; GOMES, R.M; NASCIMENTO, E.G. Violência institucional no parto: uma análise a partir da comunicação profissional-usuária. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, n. 87, p. 1–10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002899>

SENS, M.M; STAMM, A.M.N.F. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170915, 2019.

SILVA, L.M.O. Violência obstétrica na operação cesariana. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, v.05, n04, 2019.

SILVA, R.S; OLIVEIRA, A.C.M; SANTOS, L.M. Protagonismo da enfermagem obstétrica no parto e nascimento: desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 2, p. e20200234, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0234>.

SOMANI; R. et al. A systematic review: effectiveness of interventions to de-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. **Saf Health Work**. 2021.

SODHA, S. Burnout, shame, heartbreak: nurses are being crushed by our broken NHS. **The Guardian**, Londres, 2025.

SOUSA, J.E. et al. Presença do acompanhante no processo de parto: percepção dos profissionais de saúde. **Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, p. 25-38, 2020.

SOUTO, K; MOREIRA, M.R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 832-846, 2021.

SOUZA, J.P. et al. Institutional violence and disrespect in maternal health care: Brazilian evidence. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 6, p. e20190852, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0852>

SOUZA, K. V. et al. Educação permanente em saúde e práticas de cuidado obstétrico no SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, e200583, 2021.

SOUZA, MZF. et al. PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 3, p. 587-601, 2024.

STÖCKL, H. SORENSON, S.B. Violence Against Women as a Global Public Health Issue. **Annu Rev Public Health**, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38842174/>. Acesso em: 03 jul. 2024.

TESSER, C.D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade**, São Paulo, v.10, n.35, p.1-12, 2015.

TESSER, C.D. et al. Episiotomia, cesariana e violência obstétrica: análise das práticas na saúde suplementar e pública. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, p. e200231, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.200231>

TRAJANO, A.R; BARRETO, E.A. Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. **Interface (Botucatu)**. 2021; 25: e200689.

VENTO, S; CAINELLI, F; VALLONE, A. Violence against healthcare workers: a worldwide phenomenon with serious consequences. **Frontiers in Public Health**, Lausanne, v. 8, p. 1-4, 2020.

VIEIRA, S.C.C. et al. Comunicação em saúde e segurança do paciente em serviços de obstetrícia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 3, p. 761–768, 2019.

VOGEL, J.P. et al. Updated WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience: key updates and perspectives. **Reproductive Health**, v. 18, n. 176, p. 1–11, 2021.

WANG, L. et al. The effect of nurse staffing on patient safety outcomes: a cross-sectional survey. **Journal of Nursing Management**, Hoboken, v. 28, n. 2, p. 488-495, 2020.

WILLIAMSON, S.P. et al. Coping, wellbeing, and psychopathology during high-risk pregnancy: A systematic review. **Midwifery**. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities**. Geneva: WHO, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 94, p. 364–370, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Violence against women prevalence estimates**, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. 2021.

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Data da entrevista: __/__/__

PARTE I: Caracterização dos profissionais – dados sociodemográficos, econômico e profissional.

1. Iniciais do nome: _____
2. Sexo: ☐ Fem. ☐ Masc ☐ Outro
3. Idade: _____
4. Profissão: _____
5. Formação: ☐ Superior não universitária (Tecnólogo) ☐ Graduação ☐ Técnico
6. Tempo de conclusão da formação (em anos): _____
7. Qualificação/Titulação: ☐ Especialização em _____ ☐ Residência em _____
☐ Mestrado em _____ ☐ Doutorado em _____ ☐ Outro (especificar) _____
8. Tipo de contrato na instituição: ☐ Efetivo (Estado/Município) ☐ Prestador de serviço (Cooperativa) ☐ Outras formas de contratação. Especificar: _____
9. Tempo de experiência profissional (em anos) na Instituição: _____
11. Tempo de experiência na atual função (em anos): _____
12. Jornada de trabalho semanal na instituição: _____
13. Outro emprego (vínculo de emprego) ou trabalho (autônomo)? ☐ Sim ☐ Não
14. Jornada de trabalho semanal total (contando esta instituição): ☐ até 20h ☐ 20-40h ☐ 41-60h ☐ 61-80h ☐ >80.

PARTE II – Roteiro da entrevista

PROFISSIONAL DO PPP e CCO

1. Como você (enfermeiro ou técnico de enfermagem) cuida da gestante e/ou parturiente de alto risco nesse setor?
2. Fale sobre os principais desafios enfrentados no cuidado de gestantes e/ou parturientes de alto risco no pré-parto, parto e pós-parto, considerando tanto as limitações estruturais, quanto a comunicação verbal e não verbal. Como você lida com isso?
3. Como as normas e rotinas desse setor influenciam esses cuidados?
4. O que você entende sobre violência institucional?
5. Relate-me situações que você presenciou a VI. Caso não tenha presenciado, você soube de alguma situação na instituição?
6. O que você faz enquanto profissional para manejar essas situações de VI.

APÊNDICE B - ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O GESTORES

Data da entrevista: __/__/__

PARTE I: Caracterização dos gestores – dados sociodemográficos, econômico e profissional.

1. Iniciais do nome: _____
2. Sexo: () Fem. () Masc () Outro
3. Idade: _____
4. Profissão: _____
5. Formação: () Superior não universitária (Tecnólogo) () Graduação
6. Tempo de conclusão da graduação (em anos): _____
7. Qualificação/Titulação: () Especialização em _____ () Residência em _____ () Mestrado em _____ () Doutorado em _____ () Outro (especificar) _____
8. Tipo de contrato na instituição: () Efetivo (Estado/Município) () Prestador de serviço (Cooperativa) () Outras formas de contratação. Especificar: _____
9. Tempo de experiência profissional (em anos) na Instituição: _____
11. Tempo de experiência na atual função (em anos): _____
12. Jornada de trabalho semanal na instituição: _____
13. Outro emprego (vínculo de emprego) ou trabalho (autônomo)? () Sim () Não
14. Jornada de trabalho semanal total (contando esta instituição): () até 20h () 20-40h () 41-60h () 61-80h () >80.

PARTE II – Roteiro da entrevista

GESTORES

1. Como a instituição promove a assistência à gestante e/ou parturiente de alto risco?
2. Fale sobre os principais desafios que a instituição enfrenta na assistência ao cuidado de gestantes e/ou parturientes de alto risco no pré-parto, parto e pós-parto, considerando tanto as limitações estruturais, quanto a comunicação verbal e não verbal. Como a instituição lida com isso?
3. Como as normas e rotinas da instituição, considerando os setores PPP e CCO, influenciam esses cuidados? Qual é a sua participação enquanto gestor na elaboração e implementação dessas normas e rotinas?
4. O que você entende sobre violência institucional?
5. Relate-me situações que você presenciou a VI. Caso não tenha presenciado, você soube de alguma situação na instituição?
6. O que você faz enquanto gestor para manejar essas situações de VI

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E GESTORES

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E GESTORES DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE MANAUS SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL”, cujo os pesquisadores responsáveis são Enfa. Cristiane Vieira Soares, Enf. Dr. David Lopes Neto e Enfa. Dra. Lihsieh Marrero. O objetivo principal do projeto é compreender a percepção dos profissionais de enfermagem e gestores acerca da violência institucional em uma maternidade de alto risco de Manaus-AM. O(A) Sr(a) está sendo convidado por que atua nesta maternidade de referência, e sua participação tem potencial de expressar uma percepção técnica e real sobre a violência institucional nesse cenário.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço (Maternidade Ana Braga).

Caso aceite participar sua participação consiste em ser entrevistado pelos pesquisadores, por meio de um roteiro guiado, com questionamentos de caracterização sociodemográfica, econômica e profissional, além de questões específicas sobre violência institucional, o produto dessa entrevista será gravado com o auxílio de um gravador de voz. Portanto, gostaríamos, também, de solicitar sua autorização para efetuar a gravação de voz e/ou o registro de fotos e/ou vídeos, concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados com os seguintes direitos:

1. Ter acesso às fotos e/ou vídeos e/ou à gravação e transcrição dos áudios;
2. Ter a garantia que as fotos e/ou vídeos e/ou áudios coletadas serão usadas exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas e eventos científicos;
3. Não ter a identificação revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas, utilizando mecanismos para este fim (tarjas, distorção da imagem, distorção da voz, entre outros).
4. Ter as fotos e/ou vídeos e/ou áudios obtidos de forma a resguardar a privacidade e minimizar constrangimentos;
5. Ter liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse das fotos e/ou vídeos

Você não é obrigado a permitir o uso das suas fotos e/ou vídeos e/ou áudios, porém, caso aceite, será de forma gratuita mesmo que imagens sejam utilizadas em publicações de livros, revistas ou outros documentos científicos.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos para o(a) Sr.(a) estão relacionados ao incômodo por causa do tempo da entrevista que pode durar até 30 minutos; ao constrangimento por causa do receio em responder algumas perguntas relacionadas ao ambiente de trabalho. Para evitar e reduzir ao máximo os riscos e desconfortos ligados a esta entrevista, podemos combinar o horário, data e local que for melhor. Além disso os gestores da maternidade sabem que os profissionais que atuam nos setores do PPP e CCO serão convidados a participar dessa pesquisa. No questionário não haverá nenhuma identificação do respondente, impossibilitando sua identificação. Apenas os membros da pesquisa terão acesso aos questionários respondido.

Também são esperados os seguintes benefícios com esta pesquisa: os resultados encontrados poderão servir como subsídio para o desenvolvimento de políticas e ações voltadas ao atendimento à mulher no período gravídico-puerperal, como também para a organização do serviço e melhorias nas condições de trabalho. Ao nível regional, o material obtido durante a pesquisa poderá ser utilizado para a elaboração de protocolos institucionais e artigos científicos e, conseqüentemente, contribuir em discussões em mesas-redondas e conferências que tratem do tema, visando a melhoria da qualidade da assistência.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Garantimos ao(à) Sr(a), e seu acompanhante quando necessário, o ressarcimento das despesas devido sua participação na pesquisa, ainda que não previstas inicialmente, que será disponibilizado pelos pesquisadores conforme solicitado, do participante da pesquisa e de seu acompanhante, quando necessário.

Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa. Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário.

Garantimos ao(à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis Cristiane Vieira Soares (cristianeversoares@outlook.com), David Lopes Neto (e-mail: davidnetto@ufam.edu.br) e Lihseh Marrero (e-mail: Immarrero@uea.edu.br). Os pesquisadores podem ser encontrados na Rua Terezina, 495 - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-070, Telefone fixo: (92) 3305-4652.

O(A) Sr(a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

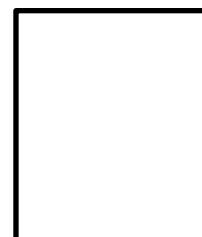
CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável



IMPRESSÃO DACTILOSCÓPICA

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do CEP/UFAM

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E GESTORES DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE MANAUS SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

Pesquisador: CRISTIANE VIEIRA SOARES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 84370824.5.0000.5020

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Manaus

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.319.301

Apresentação do Projeto:

Desenho:

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo será desenvolvido em uma maternidade de alto risco, referência no atendimento humanizado a gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. A população alvo deste estudo será constituída por profissionais de enfermagem e gestores da maternidade. Os dados serão coletados por meio de 02 instrumentos impressos, os quais conterão variáveis para caracterizar o perfil sociodemográfico e perfil sócio-profissional dos profissionais de enfermagem e dos gestores. Além de um roteiro semi-estruturado que pretende investigar as experiências profissionais sobre o objeto do estudo. Os dados das caracterizações dos perfis dos participantes serão transferidos a uma planilha de Excel, já o conteúdo das entrevistas, após gravadas em áudio digital, serão transcritas na íntegra no software aplicativo de textos Microsoft Word®, em que se prosseguirá a organização, tratamento e análise conforme estipulados por Bardin. Os dados das entrevistas serão tratados com o auxílio do Software Nvivo®.

Resumo:

Introdução: A violência institucional é um fenômeno que compromete a qualidade do atendimento e viola os direitos das mulheres no atendimento ao parto e nascimento. No

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

CEP: 69.057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM**



Continuação do Parecer: 7.319.301

Recomendações:

Não se Aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto o parecer é pela , Aprovação, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2406870.pdf	05/12/2024 18:06:40		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	05/12/2024 18:02:43	CRISTIANE VIEIRA SOARES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/12/2024 17:59:45	CRISTIANE VIEIRA SOARES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_novo.pdf	05/12/2024 17:57:24	CRISTIANE VIEIRA SOARES	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	05/12/2024 17:53:49	CRISTIANE VIEIRA SOARES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	05/12/2024 17:46:57	CRISTIANE VIEIRA SOARES	Aceito
Outros	Termo_de_anuencia.pdf	31/10/2024 10:50:23	CRISTIANE VIEIRA SOARES	Aceito
Orçamento	despesas.pdf	31/10/2024 10:47:58	CRISTIANE VIEIRA SOARES	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_de_responsabilidade_pesquisadores.pdf	31/10/2024 10:38:31	CRISTIANE VIEIRA SOARES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

CEP: 69.057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 7.319.301

MANAUS, 26 de Dezembro de 2024

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-4000

CEP: 69.057-070

E-mail: cep@ufam.edu.br

ANEXO B – Termo de Anuência



Manaus, 09 de outubro de 2024.

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado **“PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E GESTORES DE UMA MATERNIDADE DE ALTO RISCO DE MANAUS SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL”** no(a) **“MATERNIDADE ANA BRAGA”**, realizada pela pesquisadora **CRISTIANE VIEIRA SOARES**, do(a) **UFAM**.

(Assinado digitalmente)

Nayara de Oliveira Maksoud Moraes
Secretária de Estado de Saúde

Testemunhas

Silviane Campos
Francileide Bindá

Pesquisador:

Cristiane Vieira Soares

www.amazonas.am.gov.br
twitter.com/GovernodoAM
youtube.com/governodoamazonas
facebook.com/governodoamazonas

Avenida André Araújo, 701 - Aleixo,
Fone: (92) 3643-6388
Manaus – AM
CEP: 69060-000

**Secretaria de
Saúde**