

O CONHECIMENTO DE GESTANTES RIBEIRINHAS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: IMPACTO PARA A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

RESUMO

Objetivo: compreender a violência obstétrica a partir de conhecimentos expressos pelas gestantes ribeirinhas. **Método:** trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. Foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Ilha do Combú, Belém-Pa, Brasil, entrevista semiestruturada com dezenove gestantes entre novembro e dezembro de 2023. O material foi transcrito na íntegra e submetido a análise de conteúdo.

Resultados: do processo analítico, surgiu as categorias a saber: O conhecimento de gestantes ribeirinhas sobre o ciclo gravídico e a interface da violência obstétrica; A violência obstétrica no contexto do pré-natal de gestantes ribeirinhas. Foi possível observar a importância do ambiente do pré-natal para as gestantes ribeirinhas, tendo em vista que há a necessidade da educação em saúde. Contudo, há um déficit na área da educação em saúde focada em âmbitos não biológicos ou físicos, como a violência obstétrica. **Considerações finais:** compreende que as gestantes detêm pouco conhecimento atrelado da violência obstétricas, mas o pré-natal, especialmente o grupo de gestante deve abordar questões fora do âmbito biológico da gestação, como a violência e direito da gestante, para promover o direito de decidir.

Descritores: Enfermagem. Cuidado Pré-natal. População Rural. Violência Obstétrica. Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O período gestacional a mulher se encontra em inúmeras vulnerabilidades, seja socioeconômica, por falta de conhecimento, acesso aos serviços de saúde, dentre outros fatores¹⁻². Além dos fatores supracitados, a violência está no cotidiano do âmbito gestacional, seja de forma geral ou como violência obstétrica. Essas barreiras favorecem um pré-natal mais vulnerável, o que deixa a mulher suscetível a situações de violência³⁻⁶.

Nesse contexto, o profissional de saúde deve fornecer os cuidados maternos com a atenção pré-natal, com o propósito de garantir a informação e possibilitar maior conhecimento para a mulher tenha poder de decisão e para o enfrentamento nas situações oriundas que por ventura suceda uma violência⁷. Pois, a violência obstétrica se estabelece qualquer conduta de forma de negligência, discriminação, não cuidado à mulher no período da gestação, parto, puerpério ou abortamento⁴⁻⁶.

Assim, mesmo com iniciativas do Ministério da Saúde (MS) com o Programa de Pré-natal, Parto e Nascimento (PHPN), Política Nacional de Humanização; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Estratégia Rede Cegonha, que contribuíram de forma significativa para a qualidade do pré-natal, com oferta de

investimentos para aprimorar a atenção oferecida, ainda o pré-natal no país tem um déficit enorme, no âmbito da região Norte do país, e especial com a população ribeirinha⁸⁻¹⁰.

A população ribeirinha carece de maiores investimento efetivos para sua saúde, pois os condicionantes de saúde materna devem ter uma atenção do estado brasileiro para maior acesso e equidade nas ações de atenção pré-natal. Pois, há obstáculos efetivas, especialmente a logística, falta de estrutura das unidades, o deslocamento, especialmente por meio fluvial, carência de profissionais capacitados, dentre outros fatores cooperaram para uma má qualidade da assistência pré-natal com a população ribeirinha¹¹⁻¹².

E como isso, o próprio conhecimento por parte das mulheres com questões relacionada a gestação e parto, violência obstétrica, o corpo feminino, poder de decisão e promoção de empoderamento, constitui um fator deficitários no âmbito da educação em saúde no contexto da atenção pré-natal. Há uma necessidade de estudos no âmbito do pré-natal e a violência obstétrica, que a sua grande maioria está sustentada no campo do parto e nascimento.

A violência obstétrica está intrinsicamente aplicada e normalizada na assistência obstétrica na região Norte, no qual em situações de parto de alto risco a humanização é banalizada, e a atuação medicalocêntrica é predominante, legitimando intervenções médicas e abusos de poder diante da necessidade de salvar vidas, ignorando a autonomia da mulher frente ao quadro apresentado¹³. Assim, se faz necessário a atuação do profissional de saúde com a finalidade de transformação desta realidade, pois mulheres que detém conhecimento no pré-natal, constituem menos propícias a serem submetidas a atos violentos.

O estudo teve como questão norteadora: como se estabelece o conhecimento das gestantes ribeirinhas sobre a violência obstétrica.

Nesse sentido, o objetivo da pesquisa é compreender a violência obstétrica a partir de conhecimentos expressos pelas gestantes ribeirinhas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Ilha do Combú, localizada no município de Belém-Pa, Brasil. O município de Belém possui uma população estimada de 1.506.420 pessoas, segundo o último censo, além de abranger 39 ilhas, no qual estima 65,14% do território do município¹⁴. A justificativa da escolha desta comunidade ribeirinha se baseia de pertencer uma unidade de saúde em sua localidade. Foi utilizado o

instrumento Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)¹⁵ para auxiliar os pesquisadores a descrever com clareza e qualidade os subsídios das pesquisas qualitativas.

Os participantes do estudo foram dezenove (19) gestantes ribeirinhas desta unidade de saúde. Foi utilizado uma amostragem intencional¹⁶, cujo propósito de seleção de indivíduos que experimentam um fenômeno, assim, a atenção pré-natal com a comunidade ribeirinha. Assim, as gestantes matriculadas no programa de pré-natal da unidade de saúde foram inicialmente orientadas durante a etapa de coleta de dados, com realização de um acolhimento, explicando a pesquisa quanto aos seus objetivos, técnicas de coleta e análise de dados, riscos e benefícios. Aquelas que responderam positivamente, foram convidadas em participar da pesquisa, que teve a aplicação dos seguintes critérios de elegibilidade: gestante maior de 18 anos; residente da ilha do Combú; matriculada no programa de pré-natal; ter no mínimo 3 consultas de pré-natal realizadas. Foi de caráter excludente: pré-natal de alto risco. Ressalta-se que nenhuma gestante foi excluída do estudo.

Foi realizado um estudo piloto com 3 gestantes para adequação do instrumento de coleta de dados, que não compuseram como participantes do estudo.

Após esse processo, foi marcada de forma presencial a coleta de dados durante as consultas na unidade de saúde. Numa sala reservada, com apenas a entrevistadora e a participante foi iniciado o diálogo, com realização da entrevista semiestruturada individual, em um período único, que ocorreu durante os meses de novembro à dezembro de 2023. A duração da entrevista ocorrer em média 40 minutos, que continha perguntas abertas e fechadas.

As perguntas tiveram a intenção de responder a caracterização do perfil quanto: Idade, escolaridade, religião, raça, ocupação, renda mensal; auxílio do governo; casa própria. Também ao perfil obstétrico com: número de gestações, parto, aborto, tipo de via de nascimento dos partos já realizados; filhos vivos; planejamento da gravidez; desejo da gestação; trimestre da gestação atual; números consultas realizadas. Além de perguntas norteadoras, a saber: Qual a sua percepção quanto a violência obstétrica? Qual o seu conhecimento sobre a violência obstétrica? O que a violência obstétrica impacta na saúde da gestante?

Após a 16ª entrevista, foi iniciada a saturação teórica¹⁷ que foi realizado mais três entrevistas e sucedendo o significado do evento. Essa saturação é aplicada quando não há nenhum acréscimo novo durante a realização das entrevistas, e sucederá o encerramento da coleta de dados.

Os dados foram coletados com a utilização do recurso de gravação para a captação do depoimento, com a devida autorização prévia dos participantes. Os depoimentos foram transcritos na íntegra e enviados um dia depois, para o contato por aplicativo *Whatsapp* para conferência das respostas proferidas, em consonância com as diretrizes do COREQ¹⁵.

Ressalta-se que a coleta de dados foi conduzida somente por um pesquisador, com credencial de especialista, que estava em curso de mestrado, apresentando domínio da técnica empregada, assim evitando uma condução diferente, enquanto a equipe de investigação ficará na competência de atuação no tratamento e análise dos dados.

A análise dos dados foi realizada baseada na técnica de análise de conteúdo¹⁸ visando compreender os discursos das participantes, por meio de três etapas cronológico(a)s, a saber: a primeira a pré-análise das entrevistas, onde ocorreu a organização do material; que com a transcrição de cada entrevista na íntegra; submeteu a leitura flutuante, que buscou na primeira mensagem obtida dos dados, com a escolha de documentos que iriam compor o corpus do estudo, de acordo com dados na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Em seguida, a etapa da exploração do material, onde foram construídas as intervenções de codificação¹⁸. Assim, foi verificado por meio da palavra, que se estabeleceu pela técnica de colometria (marcação em distintas cores e legendas o tema central de cada palavra e frase dos depoimentos). Os temas pelo processo podem ser exemplificados a seguir: Conhecimento limitado; grupo de gestantes; tratamento recebido; direito da gestante; empatia e relação profissional; insegurança/segurança.

Esse propósito desta etapa da análise de conteúdo busca da unidade de registro a partir do tema. Dessa forma, estabeleceu-se a unidade de registro com a pertinência da releitura de todo material, e assim o agrupamento, a saber: A consulta pré-natal ribeirinho, que subsidiou a formação da unidade temática: Educação em saúde e conhecimento.

Na última etapa cronológica do processo analítico, o tratamento dos resultados, a inferência e a Interpretação, fez-se a classificação dos elementos construtivos, pelo processo de exclusão mútua; homogeneidade; pertinência; objetividade e a fidelidade; e produtividade, visando a categorização¹⁸. Desse modo, a unidade temática apoiou a construção das seguintes categorias temáticas: 1) O conhecimento de gestantes ribeirinhas sobre o ciclo gravídico e a interface da violência obstétrica; 2) A violência obstétrica no contexto do pré-natal de gestantes ribeirinhas. As categorias estabelecidas foram discutidas com base nas políticas públicas brasileiras e na literatura especializada sobre o pré-natal e violência obstétrica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP-ICS/UFGPA), conforme disposto na Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar o sigilo, o anonimato e a confiabilidade, as depoentes serão identificadas pela letra (G) de Gestante, seguida de algarismo numérico, correspondente à sequência da realização das entrevistas (G1, G2, G3, ..., G19), além da garantia da participação voluntária, mediante assinatura do participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Em relação as gestantes houve uma predominância de 15 mulheres com idade 18-23 anos; 9 com escolaridade ensino médio incompleto; religião com 9 protestantes; raça com 15 participantes pardas; 14 com ocupação dona de casa; 17 com renda mensal de até um salário mínimo (R\$ 1.302,00); 13 recebem auxílio governamental, como bolsa família; todas tem casa própria.

Em relação aos dados obstétricos, 10 eram primíparas e 9 já tinha sido gestante, destas com mais de duas gestações, com 5 a via de parto cesariana e 4 com parto vaginal; 14 nunca tiveram caso de aborto, enquanto 5 tiveram episódio de aborto; as que tiveram outras gestações todos filhos vivos. O planejamento da gravidez não foi pensado por 10 mulheres; com 18 o desejo desta gravidez. A gravidez atual 11 estavam no segundo trimestre; 16 afirmaram que realizaram 5 consultas até o momento.

O conhecimento de gestantes ribeirinhas sobre o ciclo gravídico e a interface da violência obstétrica

As gestantes tem sentimentos de medo sobre o seu parto, onde muitas mulheres expressaram esse sentimento de medo da dor e a própria insegurança por não terem passado pela experiência de um partear. Há uma necessidade cada vez mais crescente do preparo das gestantes para romper essas barreiras que se estabelece nestas mulheres, conforme os depoimentos a seguir:

Eu já quero ter logo, mas quando eu penso no parto eu fico morrendo de medo. Eu estou com medo da dor, sabe? Eu não sei como vai ser. (G11)

Não, nenhum pouco, estou morrendo de medo do parto e de tudo que acontece. O meu medo, a minha maior preocupação agora é não perder o bebê, é só isso, mas para o parto ainda não estou pensando muito nisso sabe. Porque eu estou com esse risco, sangrei anteontem de novo, mas fui ao hospital, e me falaram que estava tudo bem, que não tinha perdido. (G2)

Eu não estou muito pronta não, estou nervosa. Às vezes bate um nervoso, porque eu estou vendo que está passando muito rápido, quando eu penso em ter o bebê, bate logo um nervoso. Por que já pensou o bebê saindo de dentro de mim? Deve doer muito, bate logo um nervoso. Não sei, porque eu entendo as coisas só na hora, depois eu esqueço. Ajuda quando me acalma em relação ao parto, na verdade. Porque eu penso em como vai ser o parto normal, e eu só imagino a dor, que as pessoas falam que é uma dor terrível. Quando eu penso na cesárea, falam que depois do parto dói muito, tipo, a normal (parto) a dor é só na hora, já a cesárea vai doer muito depois. (G5)

Nesse sentido, os conhecimentos expressos pelas gestantes algumas mulheres relataram sentirem seguras e preparadas para o parto por conta das consultas de pré-natal. Essas consultas foram direcionadas para satisfazer as necessidades das mulheres para garantir a informação e conhecimento, conforme os depoimentos a seguir:

Sim, eu já me sinto meio que pronta sim. Eu venho para as consultas e sei como está a bebê, e já fico ansiosa para ter logo. Eu estou confiante mais com os exercícios pra dilatar mais rápido também, para não ser um parto tão demorado, acho que já quero ter logo, claro que estou com medo da dor, mas já acho que estou pronta sim. Eles falam muito pra fazer bastante exercício. (G10)

Então, quando eu venho para consulta e vejo que o bebê está bem eu fico tranquila, mas também já sei como é no parto e como tudo acontece e não fico mais pensando um monte de coisa. (G4)

Outro ponto importante, está no fato da enfermeira representar à gestante uma fonte de segurança, então, ao realizar a consulta de enfermagem na atenção pré-natal, a gestante se sente mais segura, pertinente as informações que são trabalhadas pela enfermeira. Neste espaço, a educação em saúde se faz presente para propiciar o conhecimento para todos e o debate para mudanças, como pode ser notado nos seguintes relatos:

Ah, por causa que toda vez que eu venho ele não escuta o coraçãozinho do meu bebê. A enfermeira, ela faz tudo certinho, ela escuta o coração direitinho. E, ele (outro profissional) pergunta umas coisas e pronto, e libera. E dá vergonha, sei lá, dá um certo medo de falar as coisas. (G3)

Eu gosto muito das consultas com a enfermeira, porque ela tem muita atenção, ela olha tudinho, explica direitinho, tem todo um cuidado. Eu gosto dela, ela é muito cuidadosa com a gente. Ela se preocupa com a nossa saúde. (G9)

Além disso, o fator geográfico se mostra como um dos principais pontos positivos, conforme os depoimentos a seguir:

Pra mim, que mora aqui na ilha, é perto e é melhor, eu não preciso ficar atravessando rio. (G2)

Eu gosto da unidade, até porque também eu já conheço o pessoal aqui a bastante tempo, e eu já sabia que iriam me tratar bem. Eu gosto daqui, acho que eles estão fazendo tudo que eu preciso aqui, sabe. (G8)

Eu acho que aqui é melhor, eu gosto do pré-natal daqui. Até agora tá sendo tranquilo, até meu esposo tá sendo atendido aqui (pré-natal do parceiro), então eu estou gostando, sabe. Eles orientam bastante a gente, mas acho que quanto mais informação eles derem melhor pra mim. (G9)

Em relação aos direitos das gestantes, as mulheres expressam que foram informadas pela enfermeira da unidade de saúde, com foco principalmente para o direito ao acompanhante e ao auxílio maternidade, conforme os depoimentos a seguir:

Eu sei que eu tenho direito de alguém ir comigo no parto, isso eu lembro dela (enfermeira) ter falado. (G12)

Só sobre o auxílio maternidade, que depois que a criança nasce a gente faz, só. Ah, sim, a enfermeira me falou sobre isso, que eu posso levar alguém comigo na maternidade, e várias outras coisas também, mas eu não me lembro. (G13)

Sim, sim, ela (enfermeira) falou. Ela falou que é direito meu que alguém entre comigo, como acompanhante, não lembro direito certinho, mas sei que é um direito meu que eu leve alguém pra acompanhar, que eles não podem se negar de deixar a pessoa entrar. (G17)

A violência obstétrica no contexto do pré-natal de gestantes ribeirinhas

Os conhecimentos expressos das gestantes sobre violência obstétrica apontam para um cunho pessoal e empírico acerca do assunto, atrelado a experiências de pessoas próximas, mídias sociais e de telecomunicação, como também um pré-conhecimento sobre experiências de terceiros mal sucedidas em hospitais, conforme os relatos:

Me faz pensar em alguém agredindo uma grávida, é, tipo isso. Eu imagino alguém que me bateu, me agrediu, com palavras, ou não, mas me faz imaginar isso, mas nunca tinham me falado sobre isso. (G5)

Ah, uma vez me falaram, mas não foi aqui, que se eu ficar fazendo muito escândalo vão demorar muito me atender, mas é verdade. Porque eu já fui com a minha prima e eu vi, porque ela estava no escândalo com dor e demoraram muito pra atender ela, e eles trataram super mal. Por isso, que já me aconselharam sobre isso, para eu não ficar no escândalo, porque senão eu vou ser maltratada e com dor. (G6)

Pela televisão, vi no jornal. É tipo abuso que as mulheres sofrem na sala de parto, ou outra parte do hospital, sobre isso. É, tipo, também quando eles tratam na ignorância também. (G14)

O grupo de gestante é apontado de forma positiva pelas gestantes, como estratégia para garantir informação e subsidiar poder de decisão. Além de constituir o momento propício para garantir um pré-natal de maior qualidade, como pode ser notado nos seguintes relatos:

Sim, é importante, ainda mais pra gente, que é mãe de primeira viagem e não sabe muita coisa, é bastante importante (grupo de pré-natal). Porque eu sei que falam de amamentação, a forma correta de amamentar o bebê, é bem interessante, é bem importante e outros assuntos. (G3)

Eu gostei, vai ser útil quando eu tiver o bebê, se eu vou lembrar já é outra coisa, mas gostei sim, é importante saber dessas coisas, porque eu não sei como vai ser quando eu tiver o bebê, e eu nem sabia dessas coisas, então eu gostei. (G11)

Desse modo, a garantia ao conhecimento por parte das mulheres subsidia um cuidado mais integral, e fornece um melhor acesso e equidade quanto ao conhecimento sobre a violência obstétrica.

DISCUSSÃO

Observa-se que no estudo as gestantes tem uma baixa condição socioeconômica, especialmente com recebimento de auxílio governamental para o seu sustento e da sua família. As evidências mostram que a condição sociodemográfica (idade, classe, raça, estado civil, religião, educação e muitos outros fatores) influenciava de forma direta de como as mulheres são tratadas pela equipe de saúde¹⁹. Esses fatores são condicionantes para uma violência, como raça negra e parda, baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade, e adolescentes e adultos jovens. Um estudo²⁰ com mulheres no Equador, observou que gestantes com nível superior conseguiram compreender com maior facilidade a violência em termos do direito à informação em relação, especialmente a medicações e as intervenções no seu corpo em comparação com nível de escolaridade mais baixa, além de conseguirem reconhecer um tratamento desrespeitoso e violento quando informadas pelos profissionais de saúde.

Assim, o nível de conhecimento por parte das gestantes influencia de forma positiva na assistência recebida nos serviços de saúde, por meio do seu poder de decisão há um movimento contra a imposição e poder profissional no julgamento de práticas assistências obstétricas, além do tratamento recebido¹⁹⁻²⁰. Dessa forma, a violência

obstétrica se relaciona muito com a vulnerabilidade quanto ao conhecimento, sendo necessário o preparo da gestante no pré-natal para assim fomentar aspecto de conhecimento.

A violência obstétrica se dá de forma institucionalizada por meio dos padrões operacionais dos serviços obstétricos ou por parte das ações dos profissionais de saúde, que perpetuam desde a negligência na prestação de serviços, insuficiência de recursos de materiais ou de profissionais na assistência que impeça o bom andamento do serviço, desigualdades nas relações de poder, abusos e desrespeito na vida da gestante e sua família. Desse modo, dessa quando os profissionais de saúde não exercem o papel de educador e informante na atenção pré-natal ele indiretamente está negligenciando a saúde daquela mulher, instaurando uma violência obstétrica institucional²¹⁻²².

O sentimento do medo e a desinformação paralelamente se estabelece com processo de insegurança interno. O desconhecido se torna algo que tem sentimento de medo, especial do âmbito assistencial ao parto. Torna-se necessário que os profissionais de saúde no pré-natal, perceba a sua responsabilidade como agente de transformação, combatendo a desinformação da gestante para promoção do conhecimento e de sua família, que de fato se não suceder esse processo contribui para que iniquidades sejam vividas, potencializando a violência obstétrica^{21,23}. Os autores²³ retratam que a gestante deve ter o conhecimento sobre o seu próprio corpo, a dinâmica do parto e de seus direitos, e isso é um fator contra os abusos profissionais.

Assim, o papel do profissional de saúde no âmbito do pré-natal, especialmente com a população ribeirinha constitui de suma importância, fato uma população, muitas vezes a mercê de conhecimento e das políticas públicas, fazendo em muitos casos um despreparo carregado do desespero pelo processo de insegurança a ser vivenciado, especialmente as mulheres com primeira gestação. Assim, a responsabilidade recai sobre o profissional em modificar essa realidade, com a informação, preparo e conhecimento por parte de cada mulher²⁴, visto que a informação atrelada a educação em saúde torna uma estratégia de prevenção de danos, favorecendo maior confiança sobre os aspectos da gestação e parto²¹.

Assim, no pré-natal deve ser trabalhado o plano de parto com as gestantes ribeirinhas. O plano de parto constitui um documento, apoiado em recomendações científicas, que expressa o consentimento e anseio da mulher acerca da assistência no momento do parto. Esse documento serve como respaldo legal para o cumprimento das vontades da mulher no seu próprio corpo, dentro dos parâmetros da normalidade. A educação em saúde, letramento em saúde, a informação e a documentação dessa

educação por meio do plano de parto, são imprescindíveis para um bom andamento e resultado materno e neonatal²⁴, além de ser uma promoção de prevenção contra a violência obstétrica, visto que a desinformação está articulado com um dos seus principais fatores de acontecimento²⁰.

Dessa forma, o cenário da população ribeirinha carrega consigo diversas especificidades, seja elas geográficas, culturais, étnicas ou relacionadas o processo de saúde da população. Isso acontece devido a diversidade e pluralidade que esse ambiente apresenta, contudo, apesar de toda riqueza ambiental, é possível ver a presença de iniquidades e desigualdades quando se trata da distribuição de recursos públicos destinados a essa população²⁵. Os autores²⁵ mostram que atenção pré-natal no Norte se mostra com uma qualidade insuficiente e inadequada em relação aos outros estados, o que afeta todo o processo de cuidado materno-infantil da vida da mulher nortista. Mas, a unidade de saúde ribeirinha, se mostrou como catalisador no processo de saúde das gestantes, visto que a sua localização atrelada com a oferta de todos os serviços básicos obrigatórios do pré-natal, favoreceu com que as gestantes fossem constantes nas consultas.

Fato, confirmado em outro estudo²⁶ com gestantes no Peru, de que as características sociodemográficas das gestantes influenciaram à não conformidade com os cuidados pré-natais estabelecidos pelo sistema de saúde. E outros autores²⁴ onde a localização constitui um fator de continuidade, ou descontinuidade do serviço pré-natal, ou seja, quanto mais perto a unidade de saúde for, maiores chances na permanência da mulher nas consultas. Além do fato, que um bom relacionamento com as gestantes, com a criação de vínculo com a equipe de saúde influencia de forma positiva o processo de continuidade do pré-natal²³.

A literatura especializada indica um desconhecimento prévio das mulheres acerca da violência obstétrica. Contudo, é válido ressaltar que as mulheres não serem informadas de forma intencional sobre o assunto, aponta uma informalidade acerca do seu conhecimento sobre o tema, e não um total desconhecimento. Pois, o fato é que apenas a compreensão sobre o que consiste a violência obstétrica não tem poder de prevenir danos e riscos, sendo necessário uma instrução fundamentada em evidências que capacite e empodere a mulher a discernir sobre o certo e errado no pré-parto, parto e pós-parto²⁷.

Um estudo feito em Bihar na Índia, no qual foi possível notar um comportamento intimidador entre o profissional de saúde para com a paciente, a ponto da gestante não se sentir confortável em questionar e perguntar acerca de ações que estavam sendo

realizadas no seu próprio corpo, estando de maneira passiva na assistência, abrindo margem para um cenário propício de violência obstétrica¹⁹.

Dessa forma, a utilização de estratégias que ajudem na continuidade e permanência da gestante deve ser estimulada, como exemplo a isso, temos o grupo de gestante. O grupo de gestante faz parte do componente pré-natal, e ele vai para além das consultas de rotina; são encontros pré-marcados com as gestantes e realizados pela equipe multiprofissional, a fim de levantar pautas que fazem parte do mundo da maternidade, como parto e puerpério, amamentação, vacinas, direitos das gestantes, violência obstétrica, entre outros assuntos²⁸.

Diferentes estudos^{24,28} apontam que o grupo de gestante no pré-natal carrega em si diversos benefícios para além do campo biológico, pois durante os encontros regulares as mulheres podem criar vínculos com toda a equipe de saúde, favorecendo posteriormente nas consultas agendadas, além de poder ouvir das experiências de outras mulheres. Assim, o grupo de gestante com a população ribeirinha constitui como uma estratégia facilitador para promoção da educação em saúde e conhecimento para produção de protagonismo no parto.

Na prática da educação em saúde para a gestante é imputada o dever e direito de usufruir da assistência integral no pré-natal e à gestão em saúde é atribuída o comprometimento mediante o dever de oferecer condições e materiais para que todo o processo das ações de saúde seja realizado, dessa forma, quando cada grupo conhece e aplica a sua responsabilidade torna-se possível ofertar um serviço integral e justo segundo as recomendações de saúde vigentes, além de ir contra a violência obstétrica institucionalizada²⁹⁻³⁰.

Portanto, há diversas maneiras de atuação que vão de contra a violência obstétrica, mas o foco deve estar atrelado a educação em saúde, onde se utilizada de estratégias como grupos de gestantes e plano de parto; para uma assistência em saúde resolutiva e instrutiva, e que tenha o objetivo de olhar a consulta de saúde para além do contexto biológico, como também educativo. As ações efetivas da gestão de saúde juntamente com políticas públicas de saúde que atuem na prevenção e promoção da violência obstétrica, como também na boa prestação da assistência, que promova ações com foco na saúde da mulher são essenciais para o respeito da saúde da gestante^{27,30}.

Além disso, quando se fala do atendimento em saúde de uma população tradicional, se fala também da logística, gestão e funcionamento de uma unidade que não lida com o mesmo público de uma metrópole, então, a consulta de pré-natal precisa possuir atributos que incentivem e atraia a gestante em permanecer nas consultas, como

por exemplo, direitos das gestantes, fisiologia do parto, prevenção a violência obstétrica, tendo em vista que os fatores geográficos e locomotivos são os principais motivos de descontinuidade da assistência²⁹⁻³⁰. Assim, quando olhamos para a atenção primária em saúde devemos olhar na perspectiva da prevenção e promoção da saúde, ou seja, o ambiente do pré-natal da gestante de baixo risco deve caminhar em direção ao cuidado das suas necessidades biológicas, mas também com foco na prevenção de risco e danos, e isso se dar através de um espaço de educação em saúde³¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo buscou a compreensão da violência obstétrica a partir de conhecimentos expressos pelas gestantes ribeirinhas, onde mostrou que há uma necessidade de uma superação da falta de conhecimento por parte da gestante e se tem a educação em saúde com principal estratégia desta mudança e para promoção do conhecimento e prevenção para violência obstétrica.

O conhecimento expresso pelas gestantes ribeirinhas acerca da violência obstétrica apresentou-se positivamente, entretanto, de forma superficial, empírica de fontes pessoais ou familiares. Assim, foi possível notar que a unidade de saúde da ilha do Combú possui uma assistência integral em saúde focada no cunho biológico, com incentivo a educação em saúde. Contudo, as gestantes expressaram sentimentos de medo e insegurança no processo do parto. E o grupo de gestante e o plano de parto constituem um importante papel articulador com a educação em saúde para conhecimento por parte da gestante e produção poder de decisão sobre as suas escolher e para inibir a violência obstétrica.

Dessa forma, a violência obstétrica possui várias camadas na assistência e caminha desde a atenção primária até a atenção terciária, e muito da vivência de uma violência se perpassa pela violência institucionalizada. Isso ocorre quando a ação ativa vem por meio da instituição e dinâmica do serviço.

Nesse sentido, a gestão em saúde e as políticas públicas de saúde tem um papel fundamental nas atividades e planejamentos da assistência que incentive na promoção e prevenção contra a violência obstétrica.

O estudo teve como limitação a utilização de outras estratégias de coleta, pela restrição de espaço para realização ds atividades, conjuntamente com as consultas de pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Simoncic V, Deguen S, Enaux C, Vandentorren S, Kihal-Talantikite W. A Comprehensive Review on Social Inequalities and Pregnancy Outcome-Identification of Relevant Pathways and Mechanisms. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 set 26]; 19(24): 16592. Available from: [10.3390/ijerph192416592](https://doi.org/10.3390/ijerph192416592).
2. Colciago E, Merazzi B, Panzeri M, Fumagalli S, Nespoli A. Women's vulnerability within the childbearing continuum: A scoping review. *Eur J Midwifery* [Internet]. 2020 [cited 2024 set 26]; 4:18. Available from: [10.18332/ejm/120003](https://doi.org/10.18332/ejm/120003).
3. Perera D, Munas M, Swahnberg K, Wijewardene K, Infanti JJ. Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka's Colombo District. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 [cited 2024 set 26]; 19(16):9997. Available from: [10.3390/ijerph19169997](https://doi.org/10.3390/ijerph19169997).
4. Paula E, Alves VH, Rodrigues DP, Felicio FC, Araújo RCB, Clamilco RASI. Obstetric violence and the current obstetric model, in the perception of health managers. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2024 set 26]; 29: e20190248. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0248>
5. Mayra K, Sandall J, Matthews Z, Padmadas SS. Breaking the silence about obstetric violence: Body mapping women's narratives of respect, disrespect and abuse during childbirth in Bihar, India. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 [cited 2024 set 26]; 22(1): 318. Available from: [10.1186/s12884-022-04503-7](https://doi.org/10.1186/s12884-022-04503-7).
6. Yalley AA, Jarašiūnaitė-Fedosejeva G, Kömürçü-Akik B, Abreu L. Addressing obstetric violence: a scoping review of interventions in healthcare and their impact on maternal care quality. *Front Public Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 set 26]; 12:1388858. Available from: [10.3389/fpubh.2024.1388858](https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388858).
7. Rodrigues CB, Thomaz EBAF, Batista RFL, Riggiorozzi P, Moreira DSO, Gonçalves LLM, Lamy ZC. Prenatal care and human rights: Addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. *PLoS One* [Internet]. 2023 [cited 2024 set 26]; 18(2): e0281581. Available from: [10.1371/journal.pone.0281581](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581).
8. Tomasi E, Assis TM, Muller PG, Silveira DS, Neves RG, Fantinel E, et al. Evolution of the quality of prenatal care in the primary network of Brazil from 2012 to 2018: What can (and should) improve? *PLoS One* [Internet]. 2022 [cited 2024 set 26]; 17(1): e0262217. Available from: [10.1371/journal.pone.0262217](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262217).
9. Cunha AC, Lacerda JT, Alcauza MTR, Natal S. Evaluation of prenatal care in Primary Health Care in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant* [Internet]. 2019 [cited 2024 set 26]; 19(2): 447-458. Available from: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000200011>
10. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues SM, Viellas EF, Gama SGN. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2024 set 26]; 54: 8. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>
11. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 [cited 2024 set 26]; 19(1):54. Available from: [10.1186/s12939-020-01171-x](https://doi.org/10.1186/s12939-020-01171-x).
12. Guimarães AF, Barbosa VLM, Silva MP, Portugal JKA, Reis MHS, Gama ASM. Access to health services for riverside residents in a municipality in Amazonas State, Brazil. *Rev Pan-Amaz Saude* [Internet]. 2020 [cited 2024 set 26]; 11:e202000178. Available from: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000178>

13. Lamy ZC, Gonçalves LLM, Carvalho RHSBF, Alves MTSSB, Koser ME, Martins MS, et al. Labor and childbirth care in maternity facilities in Brazil's North and Northeast regions: perceptions of the evaluators of the Stork Network Program. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 21]; 26(3): 951–60. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T6PJtHMtDRJpCmwHtJKgvsD/>
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2021 [Internet]. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2021 [cited 2024 Sep 21]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/belem/panorama>
15. Souza V, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 21]; 34: eAPE02631. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
16. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3º ed. Rio de Janeiro: Penso; 2010.
17. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2024 Sep 21]; 27: 388-94. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
18. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
19. Mayra K, Matthews Z, Sandall J, Padmadas SS. “I have to listen to them or they might harm me” and other narratives of why women endure obstetric violence in Bihar, India. *Birth* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 21]. Available from: 10.1111/birt.12828
20. Fors M, Falcón K, Brandao T, López M, Mena-Tudela D. Investigating Obstetric Violence in Ecuador: A Cross-Sectional Study Spanning the Last Several Years. *Healthcare* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 21]; 12(15): 1480. Available from: 10.3390/healthcare12151480.
21. Andrews C, Boyle FM, Pade A, Middleton P, Ellwood D, Gordon A, et al. Experiences of antenatal care practices to reduce stillbirth: surveys of women and healthcare professionals pre-post implementation of the Safer Baby Bundle. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 21]; 24(1): 520. Available from: 10.1186/s12884-024-06712-8
22. Souza AB; Silva LC, Alves RN, Alarcão ACJ. Fatores associados à ocorrência de violência obstétrica institucional: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Ciênc Méd* [Internet]. 2016 [cited 2024 Sep 21]; 25(3): 115-128. Available from: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v25n3a3641>
23. Collins EC, Burns ES, Dahlen HG. It was horrible to watch, horrible to be a part of”: Midwives’ perspectives of obstetric violence. *Women Birth* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 21]; 37(4): 101631. Available from: 10.1016/j.wombi.2024.101631.
24. Alizadeh-Dibazari Z, Abbasalizadeh F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Jahanfar S, Mirghafourvand M. Childbirth preparation and its facilitating and inhibiting factors from the perspectives of pregnant and postpartum women in Tabriz-Iran: a qualitative study. *Reproductive Health* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 21]; 21(1): 106. Available from: 10.1186/s12978-024-01844-8
25. Garnelo L, Parente RCP, Puchiarelli MLR, Correia PC, Torres MV, Herkrath FJ. Barriers to access and organization of primary health care services for rural riverside populations in the Amazon. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 21]; 19(1): 54. Available from: 10.1186/s12939-020-01171-x.

26. Tello-Torres C, Hernández-Vásquez A, Dongo KF, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Prevalence and Determinants of Adequate Compliance with Antenatal Care in Peru. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2021 [cited 2024 Sep 21]; 43(6): 442-451. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0041-1732463>
27. Morena D, De Paola L, Ottaviani M, Spadazzi F, Zamponi MV, Delogu G, et al. Obstetric Violence in Italy: From Theoretical Premises to Court Judgments. *Clin Ter* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 21]; 175(1): 57-67. Available from: 10.7417/CT.2024.5034. PMID: 38358478.
28. Mousavi SR, Amiri-Farahani L, Haghani S, Pezaro S. Comparing the effect of childbirth preparation courses delivered both in-person and via social media on pregnancy experience, fear of childbirth, birth preference and mode of birth in pregnant Iranian women: A quasi-experimental study. *PLoS One* [Internet]. 2022 [cited 2024 Sep 21]; 17(8): e0272613. Available from: 10.1371/journal.pone.0272613
29. Ofori PP. Social Media in Pregnancy Care: Exploring Adoption Factors and Digital Healthcare Information Utilization among Expectant Mothers in Ghana. *Ethiop J Health Sci* [Internet]. 2024 [cited 2024 Sep 21]; 34(1): 47-56. Available from: 10.4314/ejhs.v34i1.6.
30. Runyon MC, Irby MN, Pascucci C, Rojas Landivar P. Exposing the Role of Labor and Delivery Nurses as Active Bystanders in Preventing or Perpetuating Obstetric Violence. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 Sep 21]; 27(5): 330-336. Available from: 10.1016/j.nwh.2023.05.002.
31. MOTLOLOMETSI, Moroa W.; BOTMA, Yvonne.; HUGO, Lizemari. The primary health care environment and the performance of advanced antenatal care trained nurse-midwives in South Africa. *Afr J Reprod Health*, v. 28, n. 7, p. 102–113, 2024.