

Maristela Müller Sens

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E/OU INSTITUCIONAL:  
A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DE UMA MATERNIDADE  
HUMANIZADA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Maria Nunes de Faria Stamm

Florianópolis  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

S478v Sens, Maristela Müller

Violência obstétrica e/ou institucional: a percepção dos médicos de uma maternidade humanizada / Maristela Müller Sens; orientadora, Ana Maria Nunes de Faria Stamm - Florianópolis, SC, 2017. 89 p.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos.

Inclui referências.

1. Cuidados Intensivos e Paliativos. 2. Violência Obstétrica. 3. Violência Institucional. 4. Parto Humanizado. 5. Saúde da Mulher. I. Stamm, Ana Maria Nunes de Faria. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e Paliativos. III. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS INTENSIVOS E  
PALIATIVOS  
MESTRADO PROFISSIONAL

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E/OU INSTITUCIONAL:  
A percepção dos médicos de uma maternidade humanizada**

**Maristela Müller Sens**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM  
CUIDADOS INTENSIVOS E PALIATIVOS**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos e Paliativos**

**Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm**

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Cuidados  
Intensivos e Paliativos

**Banca Examinadora:**

Profa. Dra. Ana Maria Nunes de Faria Stamm (Presidente)

Prof. Dra Roxana Knobel (Membro)

Profa. Dr. Alberto Frapani Junior (Membro)



Às mulheres, da ancestralidade à atualidade, que sofreram violência por expressarem o feminino em sua essência e diversidade.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a minha orientadora, Ana Stamm, pela orientação precisa, incentivadora e dedicada. Por ter compreendido as minhas particularidades e, com extrema paciência e amorosidade, ter seguido firme até concluirmos este trabalho.

Aos colegas, médicos obstetras e residentes do HU-UFSC, pela disponibilidade em participar do estudo e responder o longo questionário; tenho verdadeiro carinho por todos.

Aos pesquisadores que me inspiraram e me guiaram em algum trecho desta concepção: Bruna Wunderlich, Halana Faria, Roxana Knobel e Alberto Trapani.

Ao HU e à UFSC, onde me criei e me qualifiquei enquanto profissional.

Às mulheres às quais assisti parindo e à equipe Ama Nascer, por toda vivência e potencialidade que surgem do mistério que envolve cada parto.

À oportunidade de ter tido acesso ao movimento de mulheres, à assistência ao parto em suas múltiplas representações, à diversidade que envolve a vida, a morte, a mulher, a maternidade, a natureza; tantos elementos que me construíram e me trouxeram até aqui.

À minha filha, Maria, que me levou da teoria à prática e da arrogância à humildade; que me ensinou de fato o que é amor e entrega. E aos meus filhos, desta gestação dupla em que me encontro, por se sustentarem comportadamente em meu útero, apesar do cotidiano intenso nos últimos meses.

À minha família, por toda sua significância, em especial à Marilyn, querida irmã, que sempre percebe o que é importante para o outro.

Ao meu companheiro Osvaldo Pomar, que buscou comigo as palavras certas, os sentidos das frases e a estética do texto. Por ter ouvido minhas queixas, diluindo-as em estímulo e boa música.



## RESUMO

A reivindicação do reconhecimento social da violência obstétrica e/ou institucional (VO/VI) é um fenômeno polêmico e atual, ainda em processo de construção quanto a sua definição, categorização e denominação. Com base neste tema, propomos uma pesquisa para identificar a percepção dos obstetras que prestam assistência ao parto em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, no sul do Brasil. O estudo teve base epistemológica qualitativa, em que a coleta de dados foi realizada por meio de questionário de perguntas abertas ou respostas em escala Likert, aplicado a 23 médicos. Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo, com a técnica de análise temática. A categorização do tema surgiu nas dimensões individual, institucional e da relação humana, compreendendo que a primeira está relacionada à ação do profissional e acontece na prática desatualizada, na negligência e nas condutas influenciadas pela judicialização da medicina; a segunda, nas condições de trabalho e de infraestrutura, sobressaindo a falta de vagas, de analgesia e inadequações da ambiência; e na última, os aspectos envolvidos na interação profissional-paciente, autonomia, tomada de decisão, além da autoridade médica e da violência a qual o profissional se percebe submetido.

Esta pesquisa está apresentada no formato de dois artigos, em que um deles aborda a percepção sobre VO/VI em todas as dimensões, e o outro privilegia e aprofunda a violência percebida na dimensão da relação humana.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica. Violência Institucional. Parto Humanizado. Saúde da Mulher.



## ABSTRACT

The claim of social recognition of obstetric or institutional violence (VO / VI) is a controversial and current phenomenon, still in the process of construction of its definition, categorization and denomination. Based on this theme, we propose a research to identify the perception of obstetricians who provide childbirth care in a public, humanized and teaching maternity hospital in southern Brazil. The study had a qualitative epistemological basis, in which the data collection was performed through a questionnaire of open questions or responses on a Likert scale, applied to 23 physicians. The data were analyzed by the content analysis method, using the thematic analysis technique. The categorization of the theme arose in the individual, institutional and human relationship dimensions, understanding that the first is related to the professional's action and happens in the outdated practice, negligence and behaviors influenced by the judicialization of medicine; the second, in the conditions of work and infrastructure, standing out the lack of vacancies, of analgesia and inadequacies of the ambience; and in the latter, the aspects involved in the professional-patient interaction, autonomy, decision making, besides the medical authority and the violence to which the professional perceives himself submitted. This research is presented in the format of two articles, one of which deals with the perception about VO / VI in all dimensions, and the other focuses and deepens the violence perceived in the dimension of the human relationship.

**Keywords:** Obstetric Violence. Institutional Violence. Humanized birth. Women's Health.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CFM - Conselho Federal de Medicina  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
DP - Desvio padrão  
Febrasgo - Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia  
HU - Hospital Universitário  
MS - Ministério da Saúde  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido  
UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina  
VI - Violência institucional  
VO - Violência obstétrica



## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>23</b>
2.1	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	23
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>25</b>
3.2	CASUÍSTICA.....	25
3.3	LOCAL DO ESTUDO .....	25
<b>3.3.1</b>	<b>O cenário do estudo</b> .....	<b>25</b>
3.4	COLETA DE DADOS .....	26
<b>3.4.1</b>	<b>Pesquisa bibliográfica e documental</b> .....	<b>26</b>
3.5	ANÁLISE DE DADOS .....	27
3.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	27
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
4.1	ARTIGO 1 .....	29
4.2	ARTIGO 2.....	49
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>69</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>71</b>
	<b>APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL OU OBSTÉTRICA</b> .....	<b>77</b>
	<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>83</b>
	<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS</b> .....	<b>87</b>
	<b>ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 1</b> .....	<b>89</b>
	<b>ANEXO 3 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 2</b> .....	<b>91</b>



## APRESENTAÇÃO

Este trabalho está sendo apresentado como dissertação no Programa de Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo sido desenvolvido no período de 2015 a 2017 e estruturado, também, no formato de dois artigos, seguindo as normas dos periódicos aos quais foram submetidos.

O fenômeno estudado é a violência obstétrica e/ou institucional (VO/VI), aqui utilizados como descritores do mesmo tema, embora uma discussão mais profunda sobre a nomenclatura expresse suas diferenças.

A reivindicação do reconhecimento social dessa violência é um fenômeno atual, fruto da reflexão do que é constitutivo em um parto e está, ainda, em processo de construção, da sua definição, denominação e categorização. Considerando que esse assunto está intrinsecamente relacionado ao significado percebido pelas mulheres, e que a maior parte dos estudos são centrados na perspectiva feminina, propomos e achamos relevante uma pesquisa para identificar a percepção dos médicos que acompanham o parto, em uma maternidade pública, humanizada e de ensino.

O primeiro artigo intitulado “A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional”, aborda a percepção sobre VO/VI em todas as suas dimensões - individual, institucional e da relação humana – com seus respectivos impactos em ação, condição e interação, aprofundando a discussão do conceito, nomenclatura e das condições que predisõem a violência. O segundo – “Relação Humana: A sutil dimensão da violência obstétrica” - privilegia e aprofunda o tema na dimensão da relação humana, discutindo a autonomia da mulher, a autoridade médica, a decisão compartilhada e, ainda, a violência à qual o profissional se percebe submetido, nas seguintes categorias: a mulher e o médico: uma relação humana; o médico como vítima de violência: outro ponto de vista; quem escolhe? Sobre autonomia, esclarecimento e tomada de decisão.



## 1 INTRODUÇÃO

Parir e nascer são fenômenos fundamentais, mas, definitivamente, não são processos meramente fisiológicos (SENA, 2016). Em todas as sociedades, sempre foram cercados de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos. Tradicionalmente restrito ao universo feminino e ao ambiente domiciliar, foi a partir da institucionalização da assistência, na metade do século XX, que a medicina adentrou este campo cuja dinâmica tinha pouco conhecimento, incorrendo em inúmeros equívocos (TORNQUIST, 2013).

Assim, o corpo feminino tornou-se objeto de direito dos médicos e, concebido em uma perspectiva medicalizada como essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso (DINIZ, 2005), passa a ser submetido aos protocolos hospitalares e a diversas intervenções rotineiras, muitas das quais violentas e de eficácia duvidosa (GIFFIN, 1994). Uma das explicações para tal situação refere-se ao fato da atenção ao parto ser orientada por um forte viés de gênero, que aborda a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de atuação (HOTIMSKY, 2002), ainda permeada pela culpabilização da sexualidade feminina (DINIZ, 2005).

Consolida-se, então, um modelo de assistência ao parto exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado (MAIA, 2008), denominado tecnocrático pela antropóloga Robbie Davis-Floyd (DAVIS-FLOYD, 2001), em que os riscos inerentes ao processo de parir são substituídos pelo risco potencial de certos tratamentos e intervenções (DINIZ, 2005), reduzindo um evento social, cultural e de saúde a um fenômeno patológico, médico e fragmentado (TORNQUIST, 2013). Mais do que uma mudança estrutural, ocorreu uma mudança estética e de valores. O conhecimento científico, as intervenções tecnológicas e as respostas médicas sobre os eventos da gestação e do parto, passaram a ser vistos como inquestionáveis, melhores, mais eficientes e como soluções legítimas e, enquanto sociedade de consumo, passamos a desejar diagnósticos e explicações médicas (SENA, 2016).

A partir de 1970, há um crescente reconhecimento deste panorama e se iniciam movimentos de cunho social, no qual, as mulheres, insatisfeitas com o fato de seu corpo e sua saúde serem traduzidos e orientados pelos médicos, bem como com a perspectiva fragmentada de sua corporalidade (CARNEIRO, 2001), lutam pela “desmedicalização”,

pela humanização da assistência e pela retomada da autonomia feminina sobre seu corpo e sua saúde (DINIZ, 2005).

Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica recomendações para assistência ao parto, revisadas em 1996, que sintetizam as evidências de pesquisas, orientam a revisão de protocolos com o uso da tecnologia apropriada e defendem a legitimidade da participação da parturiente nas decisões (TORNQUIST, 2013; DINIZ, 2005). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu políticas de saúde como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, e a Rede Cegonha, em 2011, que buscaram instituir um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal (SENA, 2016).

A perspectiva da “humanização” surge em reação aos excessos do modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2001), sendo inspirada pelo feminismo, pela medicina baseada em evidências e por formas contemporâneas de vivência do parto (ANDREZZO, 2016). Este tornou-se um termo estratégico para lidar com as práticas desrespeitosas da assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e aborto: a violência obstétrica e/ou institucional (VO/VI). (DINIZ, 2005).

A legitimidade desse tipo de violência, como problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, foi corroborada pela declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), publicada em seis idiomas e intitulada "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde". Essa publicação descreve diversas categorias e exemplos de VO/VI, associados a falta de recursos e de qualidade de serviços de saúde, e a inacessibilidade geográfica, financeira e cultural, que são formas adicionais de violência, interconectadas com as que ocorrem dentro das instituições de saúde (OMS, 2014).

No mundo inteiro, mulheres experimentam atitudes de desrespeito durante a assistência ao parto (OMS, 2014), e, no Brasil, 1/4 das que pariram por partos normais, em maternidades, relatam ter sofrido violência obstétrica (SENA; TESSER, 2017). A pesquisa Nacer no Brasil, o maior estudo sobre parto e nascimento já realizado no país, entrevistou 23.894 mulheres, avaliando 266 hospitais de 191 municípios brasileiros, e encontrou taxas inaceitáveis de procedimentos sabidamente não recomendados há três décadas, como episiotomia (56%), privação de alimentos durante o trabalho de parto (70%), posição litotômica (92%), manobra de kristeller (37%) e taxas muito baixas de boas práticas, como a presença contínua de um acompanhante (18%). (LEAL et al., 2014)

VO/VI ganha relevância e visibilidade a partir da compreensão do tema por diferentes campos, sendo o movimento social de crucial importância neste processo, em especial o de mulheres e consumidoras de saúde (AGUIAR, 2013). As mulheres que vêm falando sobre “violência obstétrica” estão reivindicando, de modo ativo, a sua posição enquanto vítimas, e o reconhecimento social da violência que lhes foi infligida (PULHEZ, 2013).

A Venezuela, no ano de 2007, foi o primeiro país a adotar a expressão ‘violência obstétrica’, como processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher e como um problema social, político e público (D’GREGORIO, 2010). As Legislações da Argentina e da Venezuela são similares no que tange à definição factual de violência obstétrica: “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais”. Porém, na lei venezuelana, o conceito é complementado com as consequências ou causalidades: “trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres” (REDE..., 2012).

Recentemente, no Brasil, algumas medidas foram criadas para inibir, conscientizar e problematizar o assunto. No estado de Santa Catarina, no ano de 2017, foi sancionada a lei nº 17.097, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica (SANTA CATARINA, 2017), justo um ano após a aprovação da lei das doulas (nº 16.869, de 16 de janeiro de 2016), que obriga as maternidades a permitir a sua presença, independentemente do acompanhante (SANTA CATARINA, 2016).

No entanto, algumas práticas não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas, e isto acaba possibilitando que muitas condutas sejam aceitas no cotidiano da assistência como toleráveis ou mesmo necessárias, o que contribui para um processo de banalização da violência institucional (AGUIAR, 2010). Além disso, os trabalhadores da saúde são uma categoria profissional extremamente vulnerável às diversas formas de violência, em especial à violência psicológica (ERDMANN, 2010). Assim, a violência vai sendo reproduzida como mais uma das formas de rotina do serviço (AGUIAR; D’OLIVEIRA, 2011).

Doménach (1981, apud MINAYO 2006) sustenta que as formas mais condenáveis de violência geralmente ocultam outras situações menos escandalosas, que existem há bastante tempo sem que tenham sido

problematizadas de maneira objetiva, e são protegidas por ideologias ou instituições respeitáveis (SENA, 2016; BRASIL, 2005).

Violência pode ser definida como a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder, na qual o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas. Os problemas de comunicação envolvem uma ruptura na interação entre o profissional e o paciente, diante da invisibilidade da subjetividade do outro, ou da sua objetificação (AGUIAR, 2013).

A discussão do tema “violência obstétrica” é relativamente recente, e o conceito, definição e categorização do que de fato vem a ser, ainda precisam ser melhor esclarecidos, pois este assunto ainda é invisibilizado, naturalizado e pouco reconhecido, inclusive entre as próprias mulheres (SENA, 2016).

Diante do exposto, mesmo as evidências sugerindo que a experiência de desrespeito e maus-tratos às mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas, não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde das mulheres não são conhecidas. Enquanto governos e grupos da sociedade civil no mundo inteiro destacam a necessidade de abordar esse problema, nem sempre políticas para promover a assistência obstétrica respeitosa foram adotadas, são específicas ou foram convertidas em ações significativas. Por isso, a OMS recomenda estudos para definir, medir e compreender melhor o desrespeito para com as mulheres durante o parto, assim como formas de prevenção e de eliminação (OMS, 2014).

Considerando que a discussão sobre VO/VI está intrinsicamente relacionada ao significado percebido pelas mulheres, e que a maior parte dos estudos são centrados na perspectiva feminina, propomos uma pesquisa para identificar a percepção dos médicos que acompanham partos em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, sobre este tema polêmico e atual, aprofundando a reflexão através de três dimensões: individual, institucional e da relação humana.

## **2 OBJETIVOS**

Identificar a percepção de médicos que acompanham parto em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, sobre o tema da violência obstétrica ou institucional, durante o processo de parturição.

### **2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Avaliar a percepção desses profissionais sobre o tema, na dimensão individual, institucional e da relação humana.



### 3 METODOLOGIA

Pesquisa descritiva com base epistemológica qualitativa, realizada no período de fevereiro a setembro de 2016. A abordagem qualitativa mostrou-se mais apropriada por responder a questões muito particulares, compreendendo o universo de significados, motivos, valores e atitudes, aspectos que não podem ser quantificados. (MINAYO, 2010)

O termo violência obstétrica foi utilizado como sinônimo de violência institucional, visto que as pesquisadoras optaram por ampliar a linguagem afim de não criar desconforto aos entrevistados que não apreciam a denominação violência obstétrica. Violência institucional é uma denominação utilizada em estudos anteriores para referir-se à Violência obstétrica que acontece dentro das instituições de saúde (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2011), porém, não são sinônimos; VO se posiciona como uma forma de VI no parto, mas pode acontecer dentro ou fora de uma estrutura maior, considerada “instituição” (SENA, 2016).

#### 3.2 CASUÍSTICA

A amostra foi intencional e representada por 23 médicos plantonistas, obstetras e residentes, que prestam assistência ao parto em uma maternidade pública e humanizada do sul do Brasil. Todos os médicos do serviço foram convidados a participar da pesquisa, mas dez profissionais não aceitaram ou não devolveram o instrumento de coleta de dados. De qualquer forma, foi percebida a saturação de dados pela reincidência constante das informações, optando-se por encerrar a coleta.

#### 3.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no centro obstétrico do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado a Universidade Federal de Santa Catarina (HU – UFSC), situado em Florianópolis/SC.

##### 3.2.1 cenário do estudo

A Maternidade do HU foi fundada em 1995, e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Concebida sob os princípios da Humanização, incentiva uma atenção ao parto com o mínimo de intervenção, presença de acompanhante, utilização de técnicas

não-farmacológicas para alívio da dor, incentivo ao aleitamento materno e liberdade de posição durante o trabalho de parto e parto. São desencorajadas práticas rotineiras e reconhecidamente prejudiciais a assistência ao parto, como amniotomia, episiotomia e uso rotineiro de ocitocina. Por essa dinâmica, a maternidade foi reconhecida com os títulos de Hospital Amigo da Criança e Prêmio Galba Araújo, indicados pelo Ministério da Saúde.

A maternidade atende em média 180 partos por mês, sendo a assistência prestada no centro obstétrico por 28 médicos obstetras, 8 enfermeiras e 31 técnicos de enfermagem. Concomitantemente, 10 médicos residentes de ginecologia e obstetrícia, bem como estudantes de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social, também desenvolvem atividades de aprendizado baseado em serviço, sob supervisão.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Foi realizada por meio de questionário elaborado pela autora, contendo perguntas abertas, fechadas e/ou respostas em escala Likert (Anexo 1), distribuídas em três partes: dimensão individual, institucional e relação médico paciente. O instrumento foi validado por dois experts no tema, que analisaram a forma de apresentação e o conteúdo, relacionando estes elementos à capacidade da ferramenta de captar o fenômeno a ser estudado. Com base nas sugestões, foram realizadas alterações, afim de torná-lo mais conciso e menos repetitivo. Posteriormente, o mesmo foi validado em projeto piloto, com cinco participantes, que acharam o questionário extenso, mas não sugeriram alterações.

O questionário (Anexo 1) e o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 2), foram entregues individualmente para cada participante, pela pesquisadora, para preenchimento e posterior entrega.

#### 3.4.1 Pesquisa bibliográfica e documental

Foi realizado durante a fase de elaboração do projeto e da pesquisa aplicada, por meio de consulta em meio digital, de publicações na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e do PubMed, bem como em teses e dissertações, utilizando como descritores violência obstétrica, violência institucional, assistência humanizada ao parto, boas práticas na assistência ao parto, autonomia, medicalização.

### 3.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, com a definição de categorias por aproximação temática. Todos os questionários preenchidos foram transcritos, sendo realizada a pré análise por meio de leitura flutuante e do reconhecimento do material, seguida pela exploração do material empírico com recortes em unidades de registro e, por fim, o tratamento dos resultados e a interpretação inferencial. A estatística descritiva contemplou as variáveis categóricas, descritas em números absolutos e em proporção e, as contínuas, em média e desvio padrão (DP).

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, seguindo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número CAAE 42365215.3.0000.0121 (Anexo 3). Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), sendo respeitado o sigilo ético e de privacidade, dos participantes e dos dados obtidos, de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96/MS.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, apresentamos dois artigos originais elaborados a partir da pesquisa e de acordo com as normas dos periódicos aos quais foram submetidos (ANEXOS 2 E 3)

### 4.1 ARTIGO 1<sup>1</sup>

#### **A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS SOBRE AS DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E/OU INSTITUCIONAL**

##### RESUMO

A violência obstétrica / institucional é um tema de discussão atual no Brasil e no mundo. Várias são as iniciativas em busca de mudanças efetivas na assistência obstétrica, e a exposição e reflexão sobre o assunto são pontos de partida para a sua concretização. Este estudo objetivou avaliar a percepção de médicos que prestam assistência ao parto em uma maternidade pública e humanizada no sul do Brasil, a respeito do tema violência obstétrica ou institucional. Com base epistemológica qualitativa, a coleta de dados foi realizada por meio de questionário de perguntas abertas aplicado a 23 profissionais, sendo analisados pelo método de análise de conteúdo com a técnica de análise temática. A violência obstétrica ou institucional foi analisada na dimensão individual, institucional e da relação humana, com seus respectivos impactos em ação, condição e interação. Na primeira, a VO/VI acontece na prática desatualizada, na negligência e nas condutas influenciadas pela judicialização da medicina; na segunda refere-se às condições de trabalho e de infraestrutura, sobressaindo a falta de vagas, de analgesia e as inadequações da ambiência; e na última, a assimetria na relação médico paciente quando há divergência de opinião na tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Violência Obstétrica. Violência Institucional. Parto Humanizado. Gênero.

---

<sup>1</sup> Submetido para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública.

## **THE PHYSICIANS' PERCEPTION OF THE DIMENSIONS OF OBSTETRIC / INSTITUTIONAL VIOLENCE**

### **ABSTRACT**

Obstetric / institutional violence has been currently discussed in Brazil and around the world. There are a number of initiatives searching for effective changes in obstetric care, and exposure and reflection on the topic are the starting points for its implementation. The objective of this study is to evaluate the perception of physicians providing childbirth assistance in a public and humanized maternity hospital in the South of Brazil, regarding the issue of obstetric or institutional violence. Based on a qualitative epistemological study, the data collection was performed through a questionnaire of open questions applied to 23 professionals, being analyzed by the method of content analysis with the technique of thematic analysis. Obstetric or institutional violence was analyzed in three dimensions: the individual, institutional and human relationships, with its respective impacts on action, condition and interaction. In the first, VO / VI occurs in outdated practice, negligence and conduct influenced by the delegation of medicine; in the second, it refers to the conditions of work and infrastructure, standing out the lack of vacancies and analgesia as well as the inadequacies of the ambience; and in the last, when the challenges of patient and medical relationship divert in the process of decision making.

**Keywords:** Obstetric violence. Institucional violence. Humanized birth. Gender.

## **LA PERCEPCIÓN DE LOS MÉDICOS SOBRE LAS DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA OBSTETRICA / INSTITUCIONAL**

### **RESUMEN**

La violencia obstétrica / institucional es un tema de discusión actual en Brasil y en el mundo. Son diversas las iniciativas en la búsqueda por cambios efectivos en la asistencia obstétrica, siendo la exposición y reflexión acerca del tema los puntos de partida para su concretización. Este estudio objetivó evaluar la percepción de médicos que prestan asistencia al parto en una maternidad pública y humanizada en el sur de

Brasil, acerca del tema violencia obstétrica o institucional. Con base epistemológica cualitativa, la recolección de datos ha sido realizada por medio de cuestionario con preguntas abiertas aplicado a 23 profesionales, siendo evaluado por el método de análisis de contenido con la técnica de análisis temática. La violencia obstétrica o institucional fue analizada en las dimensiones individual, institucional y de la relación humana, con sus respectivos impactos en acción, condición e interacción. En la primera, la VO/VI se produce en la práctica desactualizada, en la negligencia y en las conductas influenciadas por la judicialización de la medicina; en la segunda se refiere a las condiciones de trabajo y de infraestructura, sobresaliendo la falta de cupos, de analgesia y las inadecuaciones de la ambiencia; y en la última, la asimetría en la relación médico paciente cuando hay divergencia de opiniones en la toma de decisiones.

**Palabras clave:** Violencia Obstétrica. Violencia Institucional. Parto Humanizado. Género.

## INTRODUÇÃO

O parto é um evento que, em todas as sociedades, sempre foi cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.<sup>1</sup> Tradicionalmente restrito ao universo feminino e ao ambiente domiciliar, foi a partir da institucionalização da assistência, na metade do século XX, que a medicina adentrou este campo cuja dinâmica tinha pouco conhecimento, incorrendo em inúmeros equívocos.<sup>2</sup> Assim, o corpo feminino tornou-se objeto de direito dos médicos e, concebido em uma perspectiva medicalizada como essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso,<sup>3</sup> passa a ser submetido aos protocolos hospitalares e a diversas intervenções rotineiras, muitas das quais violentas e de eficácia duvidosa.<sup>4</sup> Uma das explicações para tal situação refere-se ao fato da atenção ao parto ser orientada por um forte viés de gênero, que aborda a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de atuação,<sup>5</sup> ainda permeada pela culpabilização da sexualidade feminina.

Consolida-se, então, um modelo de assistência ao parto exclusivamente hospitalar, intervencionista e medicalizado,<sup>6</sup> em que os riscos inerentes ao processo de parir são substituídos pelo risco potencial de certos tratamentos e intervenções,<sup>3</sup> reduzindo um evento social, cultural e de saúde a um fenômeno patológico, médico e fragmentado.<sup>2</sup>

A partir de 1970, há um crescente reconhecimento deste panorama e se iniciam movimentos de cunho social, em luta pela

“desmedicalização”, pela humanização da assistência e pela retomada da autonomia feminina sobre seu corpo e sua saúde.<sup>3</sup> Em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica recomendações para assistência ao parto, revisadas em 1996, que sintetizam as evidências de pesquisas, orientam a revisão de protocolos com o uso da tecnologia apropriada e defendem a legitimidade da participação da parturiente nas decisões.<sup>2,7</sup> No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu políticas de saúde como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, e a Rede Cegonha, em 2011, que buscaram instituir um novo modelo de atenção obstétrica e neonatal.<sup>8</sup> Humanização tornou-se um termo estratégico para lidar com as práticas desrespeitosas da assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e aborto: a violência obstétrica ou institucional (VO/VI).<sup>3</sup>

A relevância e legitimidade desse tipo de violência, como problema de saúde pública e de violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, foi corroborada pela recente declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS),<sup>9</sup> publicada em seis idiomas e intitulada "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde". Essa publicação descreve diversas categorias e exemplos de VO/VI, associados a falta de recursos e de qualidade de serviços de saúde, bem como a inacessibilidade geográfica, financeira e cultural, que são formas adicionais de violência estrutural e estão interconectadas com as que ocorrem dentro das instituições de saúde.<sup>9</sup>

Apesar dos esforços da comunidade científica e dos movimentos sociais pela implementação das políticas de humanização do nascimento, sabe-se que a prática ainda não incorporou a teoria e a implantação desse modelo enfrenta resistências como qualquer processo de mudança.<sup>10</sup> Recentemente, a pesquisa Nascer no Brasil, o maior estudo sobre parto e nascimento já realizado no país, entrevistou 23.894 mulheres, avaliando 266 hospitais de 191 municípios brasileiros, e encontrou taxas inaceitáveis de procedimentos sabidamente não recomendados há três décadas, como episiotomia (56%), privação de alimentos durante o trabalho de parto (70%), posição litotômica (92%), manobra de kristeller (37%) e taxas muito baixas de boas práticas, como a presença contínua de um acompanhante (18%).<sup>11</sup>

A VO/VI ganha relevância e visibilidade a partir da compreensão do tema por diferentes campos, sendo o movimento social de crucial importância neste processo, em especial o de mulheres e consumidoras de saúde.<sup>12</sup> As mulheres que vêm falando sobre “violência obstétrica” estão

reivindicando, de modo ativo, a sua posição enquanto vítimas, e o reconhecimento social da violência que lhes foi infligida.<sup>13</sup>

Recentemente, algumas medidas foram criadas para inibir, conscientizar e problematizar o assunto. No estado de Santa Catarina, no ano de 2017, foi sancionada a lei nº 17.097, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica,<sup>14</sup> justo um ano após a aprovação da lei das doulas (nº 16.869, de 16 de janeiro de 2016), que obriga as maternidades a permitir a sua presença, independentemente do acompanhante.<sup>15</sup>

No entanto, algumas práticas não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas, e isto acaba possibilitando que muitas condutas sejam aceitas no cotidiano da assistência como toleráveis ou mesmo necessárias, o que contribui para um processo de banalização da violência institucional.<sup>16</sup>

Diante do exposto, mesmo as evidências sugerindo que a experiência de desrespeito e maus-tratos às mulheres durante a assistência ao parto são amplamente disseminadas, não há consenso internacional sobre como esses problemas podem ser cientificamente definidos e medidos. Em consequência, sua prevalência e impacto na saúde das mulheres não são conhecidas. Enquanto governos e grupos da sociedade civil no mundo inteiro destacam a necessidade de abordar esse problema, nem sempre políticas para promover a assistência obstétrica respeitosa foram adotadas, são específicas ou foram convertidas em ações significativas. Por isso, a OMS recomenda estudos para definir, medir e compreender melhor o desrespeito para com as mulheres durante o parto, assim como formas de prevenção e de eliminação.<sup>9</sup>

Considerando que a discussão sobre VO/VI está intrinsecamente relacionada ao significado percebido pelas mulheres, e que a maior parte dos estudos são centrados na perspectiva feminina, propomos uma pesquisa para identificar a percepção dos médicos que acompanham partos em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, sobre este tema polêmico e atual, aprofundando a reflexão através de três dimensões: individual, institucional e da relação humana.

## **METODOLOGIA**

Essa é uma pesquisa com base epistemológica qualitativa, realizada em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, no período de fevereiro a setembro de 2016. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário de perguntas abertas e escala de Likert e a

amostra foi representada por 23 médicos envolvidos na assistência ao parto em uma maternidade pública humanizada do sul do Brasil. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, com a definição de categorias por aproximação temática. Utilizou-se estatística descritiva; as variáveis categóricas foram descritas em proporção e as contínuas em média e desvio padrão (DP). O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o número CAAE 42365215.3.0000.0121. Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e sua identidade foi preservada.

O termo violência institucional (VI) foi utilizado como sinônimo de violência obstétrica (VO), a fim de manter na pesquisa ambas as nomenclaturas utilizadas na coleta de dados, quando optamos por utilizar alternativamente o termo “institucional”, utilizado em estudos anteriores,<sup>12</sup> para não gerar desconforto aos entrevistados que não se sentissem confortáveis com a denominação VO. Porém não são sinônimos; VO se posiciona como uma forma de VI no parto, mas pode acontecer dentro ou fora de uma estrutura considerada “instituição”.<sup>18</sup>

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **PERFIL DOS ENTREVISTADOS**

Os 23 participantes deste estudo são médicos plantonistas que atuam no centro obstétrico de uma maternidade pública no sul do Brasil, sendo 16 especialistas em ginecologia e obstetrícia e 7 em processo de formação lato sensu em nível de residência médica nessa área. A idade variou entre 25 a 57 anos, sendo a média de 45 anos (DP 7,6) para os obstetras e 26 anos (DP 1,1) para os médicos residentes. A maioria da amostra foi formada por mulheres 59% (13/23). Todos os entrevistados se autodeclararam de cor branca, sendo a maioria casados (59% = 13/22) e com filhos. Apenas 2 profissionais relatam ter o filho nascido de parto normal.

Entre os médicos obstetras, 60% (14/23) trabalham há mais de 20 anos na especialidade, sendo 16 anos (DP 7,4) o tempo médio de trabalho nessa instituição e 65% (15/23) exercem outras atividades profissionais, atendimento em consultório, procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos e /ou docência. Estes profissionais atendem, em média, 10 gestantes em trabalho de parto por semana.

## DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA / INSTITUCIONAL

Todos os profissionais entrevistados afirmaram ter conhecimento sobre o termo VO/VI, o que trouxe embasamento na percepção deles sobre o tema.

Como resultado das informações obtidas, contempla-se um conceito de VO/VI a partir da mesclagem das definições relatadas pelos participantes:

[violência obstétrica/ institucional] “são diversas formas de violência e agressão, praticadas contra a parturiente/gestante pelas pessoas que a atendem durante o pré-natal, parto e pós-parto” (M12). “São atitudes de desrespeito de direito, corroboradas pela instituição (M20) e que desrespeitam a paciente e tiram a sua individualidade e autonomia” (M6). Incluem medidas hospitalares que ao longo do tempo não se mostraram efetivas para a condução do trabalho de parto, podendo inclusive ocasionar resultados adversos na gestante e no feto. É tudo aquilo que fere a dignidade e a prática médica obstétrica humanizada (M2) e inclui uma gama de atitudes que vão desde maus tratos físicos, violência verbal, a não seguir as melhores evidências na assistência ao parto (M13).

A maioria dos entrevistados 78% (18/23) considera a denominação VO/VI ruim ou péssima, sendo que a rejeição foi, essencialmente, relacionada a três situações: o termo induz a polêmica, culpabiliza o obstetra ou questiona a “bondade” do médico. O trecho abaixo ilustra a opinião do um entrevistado sobre a nomenclatura:

Acho que atitudes, como por exemplo, falta de privacidade da paciente, é péssimo para a assistência ao parto, mas acho que violência é um termo pesado demais para denomina-la. Acho que o termo está virando clichê e sua discussão perdendo autenticidade. As pacientes já chegam na maternidade cheias de preconceitos difíceis de desfazer. Devemos encarar o tema com a seriedade que ele merece, mas sem ser banalizado pela mídia sensacionalista. (M16)

Na literatura nacional e internacional são encontradas diferentes nomenclaturas para designar VO, tais como violência institucional (no parto),<sup>12,16</sup> desrespeito, maus tratos e abuso na atenção obstétrica,<sup>9</sup> violência de gênero no parto e aborto,<sup>17</sup> violência no parto.<sup>18</sup> Organizações, como a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), em 1993, optaram por não falar abertamente sobre violência, privilegiando termos como "humanização do parto" e "promoção dos direitos humanos das mulheres", por temerem a reação hostil dos profissionais que estariam sob a acusação de violência.<sup>19</sup>

A consideração dos entrevistados de que o termo induz polêmica, desperta curiosidade e necessita reflexão, pois atualmente vivenciamos uma revolução na forma pela qual a informação é produzida, consumida e disseminada. As novas mídias são mais rápidas do que os meios tradicionais, disseminando informações que antes não eram contadas, e fazendo com que algumas questões sejam divulgadas e tornem-se temas de discussão.<sup>20</sup> Uma consequência deste novo modelo é que, apesar de VO/VI ser um tema novo enquanto fenômeno, tem se tornado público rapidamente, e pode-se supor que o aspecto de disputa, embate e polêmica também propicie a disseminação da informação. Neste estudo, a maior parte dos participantes teve contato com o assunto por meio da mídia (91% = 21/23), seguido dos colegas de profissão (69% = 16/23) e do local de trabalho (65% = 15/23).

Ao considerar o termo sensacionalista e “bom pra capa de jornal” (M8), os profissionais se ofendem também com a culpabilização que envolve o obstetra, gerando medo, conflito e vulnerabilidade.

Passa a impressão de violência do médico contra a paciente, e que todos os procedimentos médicos são contra a paciente, são inúteis ou para o conforto do profissional. (M3)

A Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e suas Federadas criticam a expressão violência obstétrica, a qual tem produzido grande indignação entre os obstetras, pois “seu uso tem impregnado uma agressividade que beira a histeria”.<sup>21</sup> Sugerem a denominação de violência no parto, já que envolve as más condições do local do atendimento assim como outros atores que participam do processo.<sup>22</sup>

É possível que violência obstétrica seja um termo estratégico enquanto luta política e visibilidade de um problema, mas, ao mesmo

tempo, em uma proposta de educação continuada ou mudança de cultura institucional, é interessante utilizar termos que gerem menos embate.

A expressão “violência obstétrica” vem do movimento social, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres,<sup>18</sup> mas os obstetras em geral não validaram o termo. Contudo, ao serem solicitados neste estudo a elaborarem outra denominação, encontram dificuldade em designar um “nome” com capacidade de abranger o assunto em toda a sua complexidade, o que parece refletir o atual processo de construção de conceitos e definições sobre o assunto.

Este estudo propõe analisar o tema da VO/VI nas dimensões: individual, institucional e de relação humana, compreendendo que a dimensão individual está relacionada à ação do profissional, da prática e conduta; que a institucional se refere às condições de trabalho e de infraestrutura; e que a dimensão da relação humana envolve os aspectos da interação profissional-paciente, bem como a percepção sobre a autonomia da mulher. Como demonstram os trechos abaixo, no primeiro M11 cita fatores institucionais e individuais relacionados a VO/VI, a seguir, M16 enfatiza aspectos da relação humana:

[VO/VI é] O atendimento mecânico e desrespeitoso, bem como a ambiência inadequada, falta de medicamento e materiais, alto índice de infecção, falta de vagas, profissionais mal remunerados e sem estrutura para o trabalho, práticas médicas ultrapassadas e sem evidências de seu valor. (M11)

Impor condutas/condições sem diálogo, abusar da autoridade/condição de médico para diminuir a paciente; gritar, xingar, usar termos chulos; desrespeitar crenças e opiniões da gestante. (M16)

Estas dimensões permeiam todas as possibilidades de VO/VI advindas nesse estudo, possibilitando a análise multidimensional do tema, tanto em seus conceitos quanto nos aspectos de sua prática. A da relação humana foi a mais citada (47% = 11/23), seguida da individual (34% = 8/23) e da institucional (26% = 6/23). Aguiar,<sup>16</sup> ao estudar a violência institucional, também expõe que o estabelecimento da má práxis na assistência obstétrica é resultado de uma complicada dinâmica entre as condições de trabalho a que são submetidos os profissionais, bem como as rotinas historicamente instituídas e a falta de conhecimento e respeito para com os direitos reprodutivos da mulher.

## DIMENSÃO INDIVIDUAL: AÇÃO

A atitude e o comportamento do profissional podem predispor ou prevenir a ocorrência de VO/VI, considerando sua autonomia e liberdade como um direito intrínseco ao seu exercício profissional. Em uma revisão sistemática publicada em 2015, foi observado que a qualidade do atendimento muitas vezes depende mais da equipe de saúde do que da própria instituição, e que no processo de trabalho em saúde hospitalar, o agente condutor é a figura do médico.<sup>23</sup> Isso implica a decisão individual do profissional em relação a sua ação, para além dos elementos estruturais a que está submetido e subordinado, inclusive podendo não estar.<sup>16</sup> Assim, para efetivar a mudança na assistência obstétrica, é necessário que se tenham profissionais de saúde dispostos à mudança.<sup>23</sup>

Na dimensão individual, o enfoque é relacionado à prática assistencial e envolve procedimentos desnecessários, não embasados nas melhores evidências, relacionados a rotinas antigas e desatualizadas, ou ainda, atitudes já consolidadas na literatura como VO/VI tais como: agressão física, verbal, maus tratos e negligência.

Sabemos que o exercício profissional do médico requer, além da habilitação legal, o aprimoramento continuado e o conhecimento atualizado.<sup>24</sup> Embora muitos dos entrevistados configurem a prática desatualizada como VO/VI, no Brasil, a prática obstétrica tem sido pouco permeável às evidências científicas, o que propicia a persistência de tecnologias inapropriadas na assistência ao parto e a perpetuação de intervenções inseguras, dolorosas e desnecessárias.<sup>25</sup>

(VO/VI são) atitudes que são utilizadas pelos profissionais de saúde sem base científica e que trazem maior grau de sofrimento à gestante / parturiente. (M18)

A conduta dos profissionais pautada em juízo de valor é compartilhada entre a equipe de saúde, e os atos violentos são corriqueiros e repetidos, os quais acabam se naturalizando, de forma que muitas vezes a VO/VI é ignorada até mesmo por suas próprias vítimas<sup>26</sup> e admitida como rotina pelos profissionais. Segundo Sadler et al (2016), a prática é muito mais orientada por crenças individuais, hábitos, rotinas e condutas pessoais e da instituição, do que baseada nas melhores evidências.<sup>7</sup> O exposto se configura em uma nova forma de violação de direitos, mas a novidade não é a sua ocorrência, mas sim a sua problematização.<sup>25</sup>

Nesse estudo os entrevistados perceberam a negligência como uma forma comum de VO/VI, como identificado nos relatos abaixo:

Negar atendimento, negligenciar, menosprezar, não reconhecer o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto/parto. (M12)

Deixar de oferecer métodos para alívio da dor, realizar procedimentos desnecessários como episio ou cesárea sem indicação, não contemplar o desejo do casal quando possível. (M13)

A negligência constitui a forma mais comum de violência citada em estudos prévios e ocorre quase sempre por omissão, podendo ser percebida em todas as dimensões.<sup>23</sup> Na individual, quando está presente a indiferença, o abandono e a banalização do sofrimento; Na institucional, na peregrinação pela busca de vaga ou da disponibilidade de analgesia; E na relação humana, pela falta de informação, orientação e esclarecimentos à paciente.<sup>16</sup>

Em relação ao parto cirúrgico, foram identificadas duas situações distintas no relato dos entrevistados: a primeira quanto à não realização de cesariana a pedido da gestante atendida no SUS e, no outro extremo, a realização de cesariana sem indicação em mulheres que desejam o parto normal.

A maior “injustiça” que o governo comete é colocar na mídia que o “alto índice de cesárea no Brasil” é culpa dos médicos, vagabundos, que não querem trabalhar e induzem as pobres coitadas das suas pacientes a fazerem cesárea; mas ao mesmo tempo, “obrigam” as pacientes do SUS a fazerem parto vaginal mesmo contra a sua vontade... continua a mesma ideia de sempre na cabeça do povo: rico paga cesárea, pobre é obrigado a parir sob condições “subumanas” e assistida por médicos sádicos e violentos... (ninguém fala mal da instituição!). (M1)

No sistema de saúde brasileiro, é comum a realização de cesariana sob a alegação de ser o desejo da parturiente, porém, Hotimsky et al.<sup>5</sup> observam que a preferência das mulheres nem sempre é o fator decisivo na determinação do tipo de parto, sendo esta, primordialmente, uma decisão médica.<sup>5</sup> No Sistema Único de Saúde (SUS), a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto é limitada, e seu desejo não é

considerado indicação para uma cesariana,<sup>27</sup> enquanto nos serviços privados esta opção existe, o que é coerente com a hipótese da cesárea ter se tornado um bem de consumo.<sup>5</sup>

A abordagem médico-cirúrgica do parto tende a superestimar os riscos do processo fisiológico, retratando a cesariana como um tipo de parto seguro, indolor, moderno e ideal. Assim, a obstetrícia atual, perpetua a preferência médica pelo parto cirúrgico como medida profilática, que protege a mulher dos riscos inerentes e o profissional dos resultados incertos, relacionados ao parto normal.<sup>28</sup> Esses não são bem vistos em tribunais, enquanto o maior número de intervenções para abreviar o parto, sim.<sup>29</sup>

Em contrapartida, quanto mais tecnologias são inseridas na medicina e quanto mais se acredita nelas, menos se toleram as adversidades na assistência à saúde. E quanto menor a participação do paciente nas decisões, mais propício é o contexto para a judicialização da prática médica.<sup>6</sup> O risco de processos profissionais – cada vez mais reais – começa a perturbar emocionalmente o médico, contribuindo para a consolidação de uma "medicina defensiva" e a mentalidade de inclinação litigiosa.<sup>24</sup>

Estou muito desiludida com a nossa especialidade. Sobrecarregada. Temos a “obrigação” de sempre dar tudo certo e termos desfechos sempre favoráveis (o que nem sempre acontece). Todos atendem o trabalho de parto e o parto, mas se der errado, a responsabilidade é do obstetra. (M3)

## DIMENSÃO INSTITUCIONAL: CONDIÇÃO

A instituição de saúde ampara o exercício do profissional na assistência ao paciente e é responsável pela condição estrutural e material, bem como pela definição de regras e rotinas que protocolam o serviço.

São vários os fatores relacionados aos aspectos institucionais que propiciam a ocorrência de VO/VI, e a maior parte dos entrevistados acredita que, frequentemente, as condições de trabalho têm influência e/ou predispõe a sua ocorrência. Em relação à instituição em que foi desenvolvida a pesquisa, a maioria acredita que ela acontece pouco frequentemente ou raramente.

Quando questionados sobre as situações institucionais que se relacionam com a ocorrência de VO/VI, relatam a falta de privacidade, de vagas e de rotina de analgesia no serviço como as preponderantes, seguida pela sobrecarga de demanda. Situações relacionadas aos acompanhantes,

como não permitir troca, e às regras e rotinas da instituição, que devem ser seguidas sem individualização, também foram vinculados a VO/VI, pelos entrevistados.

Estudos prévios corroboram os aspectos relacionados aqui às condições de trabalho. Quanto à estrutura, os recursos humanos e materiais, a violência nas maternidades é também reflexo da precariedade do sistema, que submete seus profissionais à condições desfavoráveis – como falta de recursos, baixa remuneração e sobrecarga na demanda assistencial – bem como restringe o acesso aos serviços oferecidos, incorrendo, entre outras coisas, na peregrinação em busca de uma vaga na rede pública.<sup>16</sup>

O relato abaixo descreve a opinião do médico 11 sobre formas vivenciadas de VO/VI no cotidiano institucional:

Trabalhar sem vagas, enfermagem sobrecarregada, população descontente com o sistema de saúde pública, cultura do “médico é responsável por tudo”. (M11)

Desde 2007, a legislação brasileira (Lei nº 11.634), dispõe sobre o direito da gestante de ter conhecimento da instituição onde receberá assistência ao parto, no âmbito do SUS. No entanto, a falta crônica de vagas e o fenômeno da peregrinação hospitalar representam ainda um grave problema de saúde pública, e anulação dos direitos da gestante, conseqüentemente uma forma de violência.<sup>30</sup>

A partir do programa de humanização, o conceito de ambiência é destacado, sendo o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais. Não é só a estrutura, mas também as questões relativas a conforto, privacidade e a atitude dos profissionais no ambiente.<sup>31</sup> Os entrevistados reconhecem que fatores ligados à ambiência influenciam a ocorrência de VO/VI nas instituições:

[um exemplo de VO/VI é] A incapacidade da instituição de oferecer ambiente físico e equipe preparada para realizar atendimento das parturientes. (M8)

O manejo da dor do parto é outro desafio para quem realiza a assistência e vivencia o parir. Segundo o MS, receber controle adequado da dor durante o trabalho de parto é um direito da mulher, garantido por lei (portarias 2.815 e 572, respectivamente de 1998 e 2000)<sup>31</sup> e a solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação

suficiente para sua realização.<sup>32</sup> Este procedimento está incluído na tabela de remuneração do SUS e sua recusa é reconhecida como uma forma de VO/VI na recente lei de violência obstétrica do estado de SC (Lei 17.097, de 2017).<sup>14</sup>

A falta de rotina de analgesia no serviço, a negação de sua realização, mesmo quando indicada e solicitada pelos obstetras, e a recusa dos anestesistas em efetuar o procedimento, foi observada por grande parte dos entrevistados como uma questão relacionada a VO/VI.

O anestesista que se recusa a fazer analgesia de parto, por “precisar” ficar disponível em caso de procedimento de urgência. (M16)

Neste embate, a justificativa dos anestesistas em relação a recusa em realizar o procedimento de analgesia de parto, se baseia na resolução 1363/93 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que considera “ato atentatório contra a ética médica a realização de anestésias simultâneas em pacientes distintos pelo mesmo profissional, ainda que seja no mesmo ambiente cirúrgico”.<sup>33</sup> Esta situação configura um desafio institucional, tanto na definição de responsabilidades, quanto no respeito ao ato médico e em solucionar a questão a fim de não negligenciar o sofrimento do outro, como quando a dor do parto deve ser suportada, sem nenhuma possibilidade de escuta e negociação, remetendo a uma banalização da VO/VI.<sup>2</sup>

Faz-se relevante refletir sobre as questões institucionais que predis põem a violência, pois é preciso adereçar as questões de gestão e de serviços de saúde para além da prática médica individual, porque uma dá condição a existência da outra.<sup>29</sup> É fato que existem condições de trabalho inadequadas e que predis põem a violência, configurando a precarização do trabalho, como foram aqui colocadas pelos participantes.

## DIMENSÃO DA RELAÇÃO HUMANA: INTERAÇÃO

A relação humana envolve os aspectos da interação que se estabelece entre o médico e a paciente, permeando a comunicação e a decisão compartilhada, o respeito a autonomia e ao protagonismo da mulher, e a empatia entre as partes envolvidas no contato estabelecido. O desempenho de um profissional não se alimenta apenas das condições materiais ou de sua sabedoria técnico-científica, mas também nos dispositivos relacionais, fruto da ética interativa e comunicacional.<sup>34</sup>

[eu considero VO] Impor condutas/condições sem diálogo, abusar da autoridade/condição de médico para diminuir a paciente; gritar, xingar, usar termos chulos; desrespeitar crenças e opiniões da gestante. (M16)

Para Aguiar,<sup>12</sup> as formas de violência mais difíceis de serem percebidas são justamente as do campo das relações. A produção da relação entre dois sujeitos só tem materialidade no ato, e oferece um caminho para uma melhor assistência, com mais compreensão e tolerância, quando se estabelece a parceria ativa, bilateral, marcada pela transparência e sendo consumada sob os auspícios da autonomia.<sup>36</sup>

Todos os entrevistados concordam que a mulher pode questionar, escolher ou opinar sobre os procedimentos e condutas indicados pela equipe de assistência, ficando estabelecido com clareza que a atitude de informar e esclarecer é recomendada e bem aceita por eles, que consideram este ato como uma obrigação ética no exercício profissional.

O corpo é dela, a vida é dela, portanto ela sempre tem o direito de opinar/escolher. (M12)

O ato médico não implica em um poder excepcional sobre a vida ou a saúde do paciente, por isso todos os esclarecimentos nessa relação são considerados incondicionais e obrigatórios, sendo o dever de informar requisito prévio ao consentimento.<sup>24</sup>

No entanto, nas situações em que a autoridade médica é questionada e questionamentos surgem por parte da paciente ou de seu acompanhante, em relação a conduta prescrita e, eventualmente, em recusa as recomendações médicas ou as rotinas da instituição, ocorrem abalos no entendimento dos limites da autonomia da mulher.

Ela pode questionar [tem o direito] mas as explicações que receber devem ser convincentes para tranquilizá-la. (M1)

No relato de alguns participantes desta pesquisa fica evidente que a autonomia da mulher tem limites, e que este se estabelece quando há risco, no entendimento do profissional, à saúde da mãe e/ou feto. O modelo medicalizado vigente nas instituições de saúde parte do pressuposto de que o médico é o detentor do conhecimento e por consequência, a mulher, após informada, teria que se submeter a autoridade técnico-científica desse.<sup>16</sup> A autoridade médica surge na fala

dos entrevistados em vários momentos, e a assimetria na relação médico paciente fica mais clara quando se refere a tomar decisões em que há divergência de opinião.

Em vários estudos sobre a assistência nas maternidades é demonstrado que a obediência é uma qualidade esperada da paciente,<sup>23</sup> sendo que a não obediência é percebida pelos profissionais como desrespeito, ignorância ou agressividade.<sup>12</sup> Em uma revisão sobre o tema, é apontado que o modelo de atenção às mulheres é hierarquizado e reforçado institucionalmente pelo domínio do médico sobre o cliente, sendo reflexo da forma de pensar e agir de cada profissional.<sup>23</sup> O uso arbitrário que muitos profissionais de saúde fazem de sua autoridade e saber no controle do corpo e da sexualidade de suas pacientes, é configurado como uma das principais fontes de VO/VI a que são submetidas as mulheres dentro dos serviços de saúde.<sup>12</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A violência institucional ou obstétrica é um fenômeno conhecido e reconhecido na percepção dos profissionais que participaram desta pesquisa, porém ainda em processo de construção quanto a sua definição, categorização e denominação, sendo comum o surgimento de aspectos polêmica e de divergências entre os envolvidos.

A nomenclatura desagrada aos profissionais, que criticam a forma como o obstetra é responsabilizado e a mídia colabora para polemizar o tema.

Ao analisar a violência nas dimensões individual, institucional e da relação humana, com seus respectivos impactos em ação, condição e interação, foi possível abranger todas as formas de expressão de VO/VI e esclarecer os agentes e as condições que a predispõe.

Na dimensão individual em que a atuação profissional é o fator relevante, a prática desatualizada e não embasada em evidências, bem como a negligência e as condutas influenciadas pela atual judicialização da medicina, foram questões relacionadas a VO/VI; na institucional, a condição oferecida pode predispor e influenciar a ocorrência de violência, dentre as preponderantes estão a falta de vagas, de analgesia e de privacidade, bem como outras relacionadas a ambiência e às rotinas da instituição. Outrossim, na relação humana, a autonomia feminina surge como um direito ético inquestionável, porém cujo limite é estabelecido pelo profissional, evidenciando a assimetria na relação, quando há divergência na opinião para tomada de decisão.

Apesar do importante avanço na construção, problematização e popularização do tema, o aprofundamento da discussão e sua melhor caracterização ainda se fazem necessários, no intuito de propiciar um mecanismo de escuta e entendimento entre os diversos envolvidos no fenômeno da VO/VI.

## REFERÊNCIAS

1. Domingues RM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Públ.* 2004;20(suppl.1):S52-62.
2. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Públ.* 2003;19(suppl. 2):S419-27.
3. Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva.* 2005;10(3):627-37.
4. Giffin K. Violence, Sexuality and Health. *Cad Saúde Públ.* 1994;10(suppl.1):146-155.
5. Hotimsky SN 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. *Cad Saúde Públ.* 2002;18(5):1303-11.
6. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008.
7. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, Clausen JA. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* 2016 May;24(47):47-55.
8. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o cibativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface.* 2017;21(60):209-20.

9. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
10. Leitão FJ. Autonomia da mulher em trabalho de parto [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010. 103 p.
11. Leal MC et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Públ.* 2014;30(suppl.1):S17-32.
12. Aguiar JM, D'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Públ.* 2013;29(1):2287-96.
13. Pulhez MM. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. *Anais do 10º Seminário Internacional Fazendo Gênero.* Florianópolis; 2013.
14. Santa Catarina. Lei n. 17097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: [http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_Lei.html/](http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_Lei.html/)
15. Santa Catarina. Lei n. 16869, de 15 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Disponível em: [http://leis.ale.sc.gov.br/html/2016/16869\\_2016\\_lei.html/](http://leis.ale.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_lei.html/)
16. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
17. D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet.* 2002;359(9318):1681-5.
18. Sena LM. Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a

violência obstétrica [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 268 p.

19. Diniz CSG, Salgado HO, Andrezzo HF, Carvalho PG, Carvalho PC, Aguiar, CA, Niy DY. 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.* 2015; 25(3): 377-84.

20. Muggah R, Diniz G. Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2014 [citado 1 Dez 2015]. Disponível em: [http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06\\_Prevenindo-violencia.pdf/](http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06_Prevenindo-violencia.pdf/)

21. Melo VH. Violência obstétrica x violência contra o obstetra. Informativo Sogimig. 2014 Maio-Jun. Disponível em: [http://sogimig.org.br/site/wp-content/uploads/Sogimig\\_Maio.pdf/](http://sogimig.org.br/site/wp-content/uploads/Sogimig_Maio.pdf/)

22. Febrasgo. Carta de Aracajú aos obstetras do Brasil. *Jornal da Febrasgo* [Internet]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/carta-de-aracaju-febrasgo-aos-obstetras-brasil/>

23. Santos RC, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Científica (UNIFAP)*. Jan-Jun 2015;5(1):57-68,

24. Costa SI, Oselka G, Garrafa V. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho federal de medicina; 1998. 302 p. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/parteiverromedico.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/parteiverromedico.htm)

25. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HF, Carvalho PC, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface Comunic Saúde e Educ.* 2016;20(56):253-9.

26. Carvalho CA. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília; Jun 2015. 46 p.

27. Domingues RM et al. Processo de decisão pelo tipo de parto. *Cad Saúde Públ.* 2014;30 (Sup):S101-16.
28. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
29. Andrezzo HF. O desafio do direito a autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
30. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LH, Pereira AV, Branco MB, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery* 2015;19(4):614-620.
31. Wunderlich BL. Protagonismo da mulher em trabalho de parto em uma maternidade pública no sul do Brasil. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
32. Ministério da Saúde. Conitec. Relatório de recomendação. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. 2016.
33. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1.802, de 04 de outubro de 2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Brasília; 2006. Disponível em: <http://www.forhard.com.br/defesa/180206.asp/>
34. Schraiber LB. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface Comunic Saúde e Educ.* 1997;1(1):123-40.
35. Merhy EE, Feuerwerker LC. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. Cap 25, Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea; p.29-74.
36. Gotardo GI, Silva IA. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. *Cienc Cuid Saude.* 2007 Abr-Jun;6(2):245-251.

## 4.2 ARTIGO 2<sup>2</sup>

### **RELAÇÃO HUMANA: A SUTIL DIMENSÃO DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

#### RESUMO

Iniciativas em busca de mudanças efetivas na assistência obstétrica e a reivindicação do reconhecimento social da violência obstétrica ou institucional são fenômenos atuais, fruto da reflexão multidimensional do que é constitutivo em um parto. Para identificar a percepção dos obstetras que prestam assistência ao parto em uma maternidade humanizada do sul do Brasil, sobre este tema, foi proposta esta pesquisa, com base epistemológica qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário aplicado a 23 médicos, analisados pelo método de análise de conteúdo por aproximação temática. Neste artigo, aprofundamos os aspectos da violência percebida na dimensão da relação humana, que envolve a interação profissional-paciente, os limites da autonomia da mulher na perspectiva do profissional, os desafios quando há divergência de opinião na tomada de decisão, bem como reflexões sobre a violência a qual o profissional se percebe submetido.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica. Violência institucional. Parto humanizado. Saúde da mulher. Autonomia.

### **HUMAN RELATIONSHIP: THE SUBTLE DIMENSION OF OBSTETRIC VIOLENCE**

#### ABSTRACT

Initiatives in search of effective changes in obstetric care and the claiming for social recognition of obstetric or institutional violence (VO/VI) are current phenomena, result of multidimensional reflection of what constitutes a birth. In order to identify the perception of obstetricians who provide childbirth assistance in a humanized maternity in the south of Brazil, regarding this topic, this research was proposed, on a qualitative epistemological basis. The data collection was performed through a questionnaire applied to 23 physicians, analyzed by the content analysis

---

<sup>2</sup> Submetido para publicação na Revista Interface Comunicação e Saúde.

method by thematic approach. In this article, we deepen the aspects of violence perceived in the human relationship dimension, which involves professional patient interaction, the limits of women's autonomy in the professional perspective, the challenges when there is divergence of opinion in decision-making, as well as reflections on the violence to which the professional perceives himself submitted.

**Keywords:** Obstetric violence. Institutional violence. Humanized birth. Women's Health. Autonomy

## **RELACIÓN HUMANA: LA SUTIL DIMENSIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

### **RESUMEN**

Iniciativas en la búsqueda de cambios efectivos en la asistencia obstétrica y la reivindicación del reconocimiento social de la violencia obstétrica ó institucional son fenómenos actuales, fruto de la reflexión multidimensional de lo que es constitutivo en un parto. Para identificar la percepción de los obstetras que prestan asistencia al parto en una maternidad humanizada del sur de Brasil, acerca del tema, se propone esta encuesta, con base epistemológica cualitativa. La recolección de datos ha sido realizada por medio de un cuestionario aplicado a 23 médicos, evaluados por el método de análisis de contenido por acercamiento temático. En este artículo, profundizamos los aspectos de la violencia percibida en la dimensión da relación humana, que envuelve la interacción profesional-paciente, los límites de la autonomía de la mujer en la perspectiva del profesional, los desafíos cuando hay divergencias de opinión en la toma de decisiones, así como reflexiones acerca de la violencia a la cual el profesional se percibe sometido.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica. Violencia institucional. Parto humanizado. Salud de la mujer. Autonomía

### **INTRODUÇÃO**

Parir e nascer são fenômenos fundamentais,<sup>1</sup> mas, definitivamente, não são processos meramente fisiológicos.<sup>2</sup> São eventos sociais e culturais complexos, manifestados em uma experiência íntima, pessoal,

sexual e espiritual,<sup>3</sup> que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e instituições, com poderes e legitimidades diferenciados.<sup>2</sup>

A partir da consolidação da medicina como saber científico, um novo tipo de prática médica, com controle social dos corpos, se estabeleceu.<sup>4</sup> Nesse processo de medicalização social, as populações foram culturalmente transformadas, tendo sua capacidade de enfrentamento autônomo de condições relacionadas à saúde diminuída.<sup>5</sup> Mais do que uma mudança estrutural, ocorreu uma mudança estética e de valores.<sup>1</sup> O conhecimento científico, as intervenções tecnológicas e as respostas médicas sobre os eventos da gestação e do parto, passaram a ser vistos como inquestionáveis, melhores, mais eficientes e como soluções legítimas e, enquanto sociedade de consumo, passamos a desejar diagnósticos e explicações médicas.<sup>1</sup>

As mulheres foram condenadas a parir sem desejo, sem sentimentos, sem sentir a vida e o prazer, porque, de outra forma, nunca teriam permitido o dano infligido às criaturas em seus nascimentos, como quando um recém nascido é afastado do peito e do colo da mãe. Enquanto sociedade patriarcal, acreditamos que nos reprimem para o bem, que nossos desejos não são importantes, nem benéficos, e estamos dispostos a nos resignarmos e a obedecer.<sup>6</sup>

A partir da década de 70, teve início uma mobilização internacional, de cunho social, na qual as mulheres, insatisfeitas com o fato de seu corpo e sua saúde serem traduzidos e orientados pelos médicos, bem como com a perspectiva fragmentada de sua corporalidade, passam a reivindicar um olhar menos patológico, reprodutor e intervencionista e que reconhecesse a sua sociabilidade, cultura, crenças, peculiaridades e existência.<sup>7</sup>

A perspectiva da “humanização” é inspirada pelo feminismo, pela medicina baseada em evidências e por formas contemporâneas de vivência do parto,<sup>8</sup> e ressalta a necessidade de que sejam redefinidas as relações humanas no campo da assistência à saúde, revisando a compreensão da condição humana, de seus direitos e do seu cuidado, além do uso apropriado de intervenções e tecnologias.<sup>9</sup>

No presente momento, o que se discute é a mudança do processo assistencial ao parto, com a incorporação de novas práticas, sob a discussão dos direitos reprodutivos e sexuais, e com a participação das mulheres em todas as instâncias de decisão.<sup>10</sup> Contudo, a incorporação de práticas seguras e efetivas é lenta e as denúncias de Violência obstétrica ou institucional (VO/VI) ganham cada vez maior visibilidade.<sup>8</sup> De acordo com a publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS),<sup>11</sup> que trata

da prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, no mundo inteiro, mulheres experimentam atitudes de desrespeito durante a assistência ao parto, e, no Brasil, 1/4 das que pariram por partos normais, em maternidades, relatam ter sofrido violência obstétrica.<sup>12</sup>

A maternidade é função biológica e social do corpo feminino, também permeada por uma construção simbólica, toda violência neste campo é, fundamentalmente, uma violência de gênero,<sup>4</sup> e equivale a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente.<sup>11</sup> Falar em humanização, portanto, também é uma estratégia para falar da violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde, contra suas usuárias.<sup>9</sup>

A Venezuela, no ano de 2007, foi o primeiro país a adotar a expressão ‘violência obstétrica’, como processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher e como um problema social, político e público.<sup>13</sup> As Legislações da Argentina e da Venezuela são similares no que tange à definição factual de violência obstétrica: “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais”. Porém, na lei venezuelana, o conceito é complementado com as consequências ou causalidades: “trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”.<sup>14</sup> Recentemente, no Brasil, com a finalidade de inibir, conscientizar e problematizar o assunto, foi sancionada a lei estadual nº 17.097, no estado de Santa Catarina, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica.<sup>15</sup>

Infelizmente, a prática cotidiana se faz entremeadada por condutas que podem assumir um caráter violento,<sup>16</sup> que muitas vezes é reflexo de um processo de “naturalização”, que remete à banalização da VO/VI.<sup>17</sup> Essas práticas não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas, mas sim como um exercício de autoridade em um contexto considerado “difícil”,<sup>18</sup> e a violência vai sendo reproduzida como mais uma das formas de rotina do serviço. Também os trabalhadores da saúde têm sido citados como uma categoria profissional extremamente vulnerável às diversas formas de violência, em especial à violência psicológica. As formas mais condenáveis de violência geralmente ocultam outras situações menos escandalosas, que existem há bastante

tempo sem que tenham sido problematizadas de maneira objetiva, e que são protegidas por ideologias ou instituições respeitáveis.<sup>20</sup>

Violência pode ser definida como a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder, na qual o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas. Os problemas de comunicação envolvem uma ruptura na interação entre o profissional e o paciente, diante da invisibilidade da subjetividade do outro, ou da sua objetificação.<sup>18</sup>

No âmbito das práticas de saúde, o poder é exercido numa relação hierárquica e isto se estende a relação humana que se estabelece na assistência.<sup>4</sup> O médico é considerado aquele que detém a maior autoridade técnico-científica sobre o corpo, e sua fonte de poder se sustenta na legitimidade científica de seus conhecimentos e na dependência dos indivíduos em relação a eles.<sup>1</sup> Porém, a autoridade médica deveria ser reconhecida somente no plano técnico-científica, uma vez que no plano moral, ambos os sujeitos encontram-se em situação de igualdade.<sup>18</sup>

A discussão do tema “violência obstétrica” é relativamente recente, e o conceito, definição e categorização do que de fato vem a ser, ainda precisam ser melhor esclarecidos, pois este assunto ainda é invisibilizado, naturalizado e pouco reconhecido, inclusive entre as próprias mulheres.<sup>1</sup> Assim, esta pesquisa tem por objetivo identificar a percepção dos médicos que acompanham partos em uma maternidade pública e humanizada, sobre este tema polêmico e atual, aprofundando a reflexão nos aspectos da relação humana, entendendo serem estas as formas mais sutis e menos compreendidas de manifestação de VO/VI.

## **METODOLOGIA**

Essa pesquisa, com base epistemológica qualitativa, foi realizada em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, no sul do Brasil, no período de fevereiro a setembro de 2016. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário elaborado pela autora, composto de perguntas abertas e/ou respostas em escala de Likert e a amostra foi representada por 23 médicos envolvidos na assistência ao trabalho de parto e parto. Os dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, com a definição de categorias por aproximação temática. Utilizou-se estatística descritiva para as variáveis categóricas, que foram expressas em proporção e, as contínuas, em média e desvio padrão (DP).

O termo violência institucional (VI) foi utilizado como sinônimo de violência obstétrica (VO), a fim de manter na pesquisa ambas as nomenclaturas utilizadas na coleta de dados, quando optamos por utilizar alternativamente o termo “institucional”, utilizado em estudos anteriores,<sup>4,18</sup> para não gerar desconforto aos entrevistados que não se sentissem confortáveis com a denominação VO. Porém não são sinônimos; VO se posiciona como uma forma de VI no parto, mas pode acontecer dentro ou fora de uma estrutura considerada “instituição”.<sup>1</sup>

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o número CAAE 42365215.3.0000.0121. Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96/MS.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **PERFIL DOS ENTREVISTADOS**

Os 23 participantes deste estudo são médicos plantonistas que atuam no centro obstétrico de uma maternidade pública de um hospital de ensino, no sul do Brasil, sendo 16 especialistas em ginecologia e obstetrícia e 7 em processo de formação lato sensu em nível de residência médica nessa área. A idade variou entre 25 a 57 anos, sendo a média de 45 anos (DP 7,6) para os obstetras e 26 anos (DP 1,1) para os médicos residentes. A maioria da amostra foi formada por mulheres 59% (13/23), todos os entrevistados se autodeclararam de cor branca, sendo a maioria casados (59% = 13/22) e com filhos. Apenas 2 profissionais relatam ter o filho nascido de parto normal.

Entre os médicos obstetras, 60% (14/23) trabalham há mais de 20 anos na especialidade, sendo 16 anos (DP 7,4) o tempo médio de trabalho nessa instituição e 65% (15/23) exercem outras atividades profissionais, atendimento em consultório, procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos e /ou docência. Estes profissionais atendem, em média, 10 gestantes em trabalho de parto por semana.

### **A MULHER E O MÉDICO: UMA RELAÇÃO HUMANA**

“É mais fácil lidar com a paciente quando ocorre empatia recíproca”. (M2)

No contexto da assistência ao parto, se estabelece uma relação entre dois ou mais indivíduos, uma interação pessoal e profissional que transcende os aspectos objetivos das rotinas institucionais ou da prática assistencial. A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo, em que predominam as tecnologias leves – das relações, do encontro e do trabalho vivo em ato - em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados.<sup>21</sup> Este relacionar-se envolve diversos sentimentos, emoções e julgamentos, sendo justificável a diversidade de expressões, ora harmoniosas, ora desafiadoras. Em estudo sobre a satisfação das mulheres com a assistência ao parto, o relacionamento estabelecido com a equipe de profissionais da saúde foi um dos principais fatores que afetaram negativamente a memória de púérperas em relação à experiência vivenciada.<sup>22</sup>

No parto, a mulher é protagonista e não racionaliza sua forma de atuar, pois está imersa em um evento primitivo, visceral e extremo, no qual as adequações e convenções sociais referentes a forma de agir e interagir com o outro não são elaboradas conscientemente, levando-a, por exemplo, a gritar e fazer coisas que nunca faria em outras circunstâncias.

Compreendendo o parto como processo involuntário, comandado pelo cérebro primitivo, os hormônios da família da adrenalina, liberados pela atividade neocortical, antagonizam a liberação dos “hormônios do amor”, a partir do cérebro primitivo, que são necessários para o parto, a amamentação e outros eventos da vida sexual.<sup>23</sup>

Neste estudo, 52% (12/23) dos participantes citaram que as mulheres informadas, esclarecidas, preparadas e orientadas previamente para o parto, são as mais fáceis de lidar durante a internação e, que o pré natal é o melhor momento para que a informação e a preparação aconteçam. Outros aspectos que facilitam a assistência é a paciente ter bom relacionamento, confiar na equipe, estar aberta ao diálogo e ser colaborativa, como demonstrado a seguir:

[As pacientes mais fáceis de lidar são] As bem orientadas e esclarecidas, e com boa relação com a equipe médica e de enfermagem. (M3)

As bem informadas, conscientes que muitos procedimentos podem ser necessários se bem indicados. (M4)

Com bom acompanhamento pré natal e orientadas, mas de bom senso. (M9)

Em contrapartida, não aceitar as prescrições médicas e as rotinas da instituição são atitudes da paciente que os profissionais consideram inconvenientes:

Questionamentos sobre procedimentos imprescindíveis como vacinas, kredé, kanakion, uso de ocitocina quando indicado, episiotomia e cesárea quando indicados, etc. (M3)

Se por um lado os médicos afirmam que a mulher bem informada é uma condição que colabora na prevenção de VO/VI, por outro, apontam que elas questionam e recusam indicações por serem radicais e/ou influenciadas por informações recebidas anteriormente, sendo essas as pacientes difíceis de lidar.

Contrariar práticas médicas consagradas por “modismos” ou influência da mídia. (M9)

Excesso de questionamentos, plano de parto abusivo, não entendimento de ser local acadêmico. (M14)

Quando o paciente questiona ou recusa atitudes ou procedimentos alegando ter sido informada no pré natal. (M10)

Aquelas que sabem tudo de obstetrícia. São radicais e não colaboram. (M2)

As que exageram na autonomia e desconsideram ser questionadas em seus conceitos. (M20)

Outra dificuldade na relação entre o médico e a usuária são as ameaças frente a uma divergência de opinião em relação a conduta.

Exigir que o médico faça cesárea sem indicação e comportar-se de forma a culpabilizar o médico “caso aconteça alguma coisa. (M12)

Na tese de Aguiar,<sup>4</sup> que também avaliou a percepção dos profissionais sobre violência institucional, as pacientes referidas como “mais fáceis”, são as colaborativas e tolerantes, estabelecendo um perfil de boa paciente, a qual é sempre vista como aquela que obedece sem questionar, enquanto a paciente difícil é aquela que duvida, questiona e

expressa insistentemente sua vontade.<sup>4</sup> Já as mulheres entrevistadas na pesquisa de Sena,<sup>1</sup> manifestaram terem sido violentadas ao expressarem sua recusa a certos procedimentos, porém, poucas afirmaram ter condição emocional, no momento do parto, de enfrentar a equipe de saúde. A recusa por parte da paciente foi interpretada como uma afronta ou apropriação, e geralmente gerou comentários agressivos no sentido de estabelecer uma hierarquia de poder.<sup>1</sup>

Os signos de comunicação verbal e não-verbal, emitidos pela parturiente, não são entendidos e acolhidos pelos profissionais e, por vezes, ao seu apelo é atribuído um significado de mau comportamento e incapacidade de compreensão e participação da mulher no seu processo de parturição.<sup>24</sup>

Sabe-se que as usuárias empregam diversas estratégias na tentativa de se proteger no encontro clínico, sendo que algumas utilizam como ferramentas o conhecimento e o estudo, enquanto outras procuram se adequar aos padrões de comportamento que julgam corresponder às expectativas dos profissionais de saúde.<sup>25</sup> Mais do que autoridade médica é questionada nesta relação, já que a obediência é uma qualidade esperada da paciente<sup>26</sup> e neste sentido pode ferir as relações hierárquicas de classe social, *status* e gênero, ao contestar a autoridade do profissional de saúde, valorizando o seu próprio saber.<sup>25</sup>

Essa dificuldade do médico em lidar com os questionamentos e recusas do paciente, relaciona-se a contestação da autoridade técnica e moral do profissional, que encontra obstáculo em atualizar sua concepção diante das novas demandas trazidas pelas usuárias.<sup>8</sup> Outra questão importante se refere à estratégia de resistência das pacientes às formas de opressão vivenciadas e ao duplo poder a que estão submetidas: como mulheres, à dominação masculina e, como pacientes, à dominação da medicina sobre seus corpos.<sup>4</sup>

## O MÉDICO COMO VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: OUTRO PONTO DE VISTA

Sugiro que se avalie a violência para com o médico também por parte da família, da paciente e da sociedade. (M2)

Todos os médicos entrevistados entendem que são vítimas de violência durante suas atividades profissionais, e 78% (18/23) percebem que isso acontece frequentemente ou muito frequentemente. Pode-se

analisar a perspectiva do médico como vítima nas subcategorias de vítima da estrutura institucional ou de vítima das vítimas.

A primeira está relacionada à dificuldade imposta pela precarização do trabalho e à necessidade de superar situações como falta de vaga, demanda excessiva, equipes insuficientes e assistência pré natal inadequada.

Trabalhar sem vagas, enfermagem sobrecarregada, população descontente com o sistema de saúde pública, cultura do “médico é responsável por tudo”. (M11)

Poucas salas de atendimento na triagem x stress na demora do atendimento. Poucas vagas de alto risco, sobrecarrega o triagista com a responsabilidade de assumir qual paciente será rejeitada para internação. (M1)

Na subcategoria vítima das vítimas, a referida violência acontece na forma de desacato, agressão, ameaça, desrespeito, hostilidade e falta de educação, relacionada ou não a discordância quanto a conduta e ao desfecho. Mais frequentemente, a discussão ocorre sob a forma de ameaça, quando há divergência entre o que a paciente quer, e o que o médico indica, sendo o profissional responsabilizado por qualquer adversidade decorrente da assistência, como observamos a seguir:

Ameaça verbal a respeito das condutas médicas, agressão verbal por não concordância com conduta. (M15)

Ameaças frequentes por parte dos pacientes: “se acontecer alguma coisa com o bebê... a Sra. é responsável”. O médico como único responsável pelo mal resultado. (M3)

Ameaça de familiar forçando internação ou procedimentos (cesariana) sem indicação médica. (M4)

Essa situação é comum em relação a decisão de internar ou de persistir com o trabalho de parto após a internação, como ilustram os trechos abaixo:

Na triagem, quando você libera a mulher que não está em trabalho de parto, a paciente ou

acompanhante agride verbalmente a sua conduta. Na evolução do trabalho de parto, quando a mulher/acompanhante quer resolver sua “dor” e de maneira agressiva impõe a cesárea. (M21)

Em virtude da radicalidade do movimento de mudança assistencial ao parto, com a incorporação de novas práticas e a exaltação dos direitos reprodutivos e sexuais da gestante, associados a condição de trabalho em uma instituição hospitalar, altamente técnica, centralizadora e sem estrutura para o atendimento personalizado, os obstetras estão vivenciando uma violência contra a categoria, por serem responsabilizados e estigmatizados por todos os eventos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidado.<sup>10</sup> Os profissionais de saúde são uma categoria bastante vulnerável a sofrer violência, e, se estão sendo agredidos nos seus locais de trabalho ou quando estão trabalhando (violência no trabalho), é porque as condições permitem que tal fato ocorra. Essa questão é pouco discutida e não há tratamento específico de políticas de prevenção.<sup>19</sup>

Ameaças à equipe de retaliações jurídicas em virtude de um desfecho diferente daquele esperado. (M23)

Assim, os médicos tendem a agir de forma a se proteger dessas ameaças que são entendidas como processo, o que os leva a preferir procedimentos que são bem vistos por juízes e por seus pares.<sup>8</sup> O fenômeno da judicialização - embora represente o mau uso do poder judiciário para a resolução social de conflitos e da construção de autonomia na relação médico paciente,<sup>27</sup> trouxe consequências como a consolidação de uma “medicina defensiva”, resultando no uso exagerado de exames complementares, na recusa em realizar procedimentos de maior risco, na perturbação emocional do médico e, por fim, no aumento do custo da saúde para o profissional e para o paciente.<sup>27</sup>

Por outro lado, os pacientes passaram a buscar seu direito de ação, afastando-se da posição de submissão à autoridade incontestável dos profissionais de saúde.<sup>27</sup> A relação entre profissional e paciente é assimétrica e hierárquica, uma relação que envolve poderes distintos, na qual o paciente está sob a influência da autoridade médica.<sup>4</sup> Assim, a violência sofrida pelo paciente, não equivale a violência reivindicada pelos médicos que se assumem em um papel de vítima das vítimas.

## QUEM ESCOLHE? SOBRE AUTONOMIA, ESCLARECIMENTO E TOMADA DE DECISÃO

O diálogo e o esclarecimento são a melhor saída.  
(M16)

Decidir junto com a equipe médica pode auxiliar na melhora da relação médico-paciente. (M2)

Todos os médicos entrevistados concordam que a mulher pode questionar, escolher ou opinar sobre os procedimentos e condutas indicados pela equipe de assistência. Fica claro nos discursos que a atitude de informar e esclarecer a paciente é recomendada e bem aceita pelos profissionais, inclusive considerando este ato como obrigação profissional.

A paciente deve ser sempre esclarecida e, sempre que possível, exercer sua autonomia. (M11)

A prática de decisão informada ou compartilhada, com enfoque no respeito a valores e preferências dos pacientes, constitui um meio para lidar com o paternalismo naturalizado entre os profissionais de saúde,<sup>8</sup> que é resultado do caráter assimétrico da relação médico paciente, caracterizada pela força do primeiro e fragilidade do segundo.<sup>27</sup> As escolhas devem ser centradas na experiência feminina, apoiadas em evidências científicas e baseadas no respeito aos direitos reprodutivos da mulher.<sup>28</sup>

Nas circunstâncias em que a paciente questiona a conduta prescrita e, eventualmente, recusa seguir as recomendações, fica evidente o entendimento dos médicos de que a autonomia da mulher tem limite, estabelecido primordialmente pelo risco a mãe e/ou ao feto, na avaliação do profissional.

Merhy<sup>21</sup> explica que:

Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção. Se engessado pelas normas ou orientado à produção de procedimentos, o trabalhador pode

dirigir-se ao usuário como objeto, fragmento de corpo, sobre o qual a melhor intervenção, identificada com base nas evidências para situações semelhantes, deve ser produzida. Seu agir vai somente em uma direção: dele para o outro como seu objeto, negando o agir do outro e seu saber (apontado como “crença”), por ser de menor valor científico.

O modelo medicalizado vigente nas instituições de saúde, parte do pressuposto de que o médico é o detentor do conhecimento e, por consequência, a mulher, após informada, deveria se submeter a sua autoridade técnico-científica. Vários autores têm apontado para o uso arbitrário que muitos profissionais de saúde fazem de sua autoridade e saber, no controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes, como uma das principais fontes da violência institucional a que são submetidas dentro dos serviços de saúde.<sup>26</sup>

A mulher pode escolher quando possível do ponto de vista técnico. (M20)

Mas deve respeitar o conhecimento e a experiência do profissional. (M9)

Em diversos discursos, pôde-se observar a importância que o profissional desloca ao bem estar materno e fetal, porém, em nenhum momento, reconhece que a parturiente e seu acompanhante também têm interesse no bom desfecho fetal. É como se eles tivessem que defender as próprias mulheres de sua autonomia exagerada, a qual colocaria em risco a vida de seu filho(a).

A mulher pode opinar desde que não coloquem em risco a mãe e o filho. (M22)

Bem estar fetal! Quanto valem os neurônios de cada bebê? Violência obstétrica foca apenas nos procedimentos contra a mãe. Tenho a impressão que pouco se comenta sobre o impacto disso no bem estar fetal. (M14)

A publicação do Ministério da Saúde (MS), Cadernos HumanizaSUS, orienta que deve ficar claro para a mulher que seus desejos são importantes e que serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para o bebê, riscos estes que deverão ser

adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade.<sup>28</sup> O bebê, via de regra, é o produto mais importante de todo esse processo, e o discurso do risco é utilizado para tornar as gestantes submetidas às orientações médicas.<sup>26</sup> Na percepção dos profissionais, a usuária parece querer impor seus interesses acima do bem-estar do bebê, porém, o medo de morrer ou de perder o filho acompanha a maioria delas neste momento e é a base para a dependência à autoridade médica.<sup>4</sup>

Sob essa justificativa, observamos a objetificação da mulher: seu corpo é objeto de domínio da medicina e, deixada de lado enquanto sujeito, é vista apenas como um corpo reprodutor.<sup>18</sup> Essa prerrogativa pode explicar o uso cada vez maior de tecnologia e prescrição médica para a gestante em favor do feto e em detrimento dos próprios desejos e direitos femininos. Contudo, o desfecho do nascimento de um bebê saudável, compensa qualquer mau trato recebido durante a assistência.<sup>30</sup>

A assimetria na relação médico/paciente fica mais clara quando se refere a tomar decisões, e o atual modelo de atenção é tecnicista, hierarquizado e reforçado institucionalmente pelo domínio médico sobre o cliente, com uma desvalorização da relação intersubjetiva que ali se passa.<sup>3</sup> Segundo Foucault (apud Aguiar)<sup>4</sup>, a relação profissional de saúde e paciente é uma relação hierárquica por definição, que tem no topo, o médico, que é quem detém a maior autoridade sobre o corpo, a saúde, o cuidado e o tratamento do paciente. Esta autoridade médica, (cultural e moral) sobre a sociedade, é, por assim dizer, a fonte do poder médico, e está alicerçada, não somente em conhecimento científico e tecnológico, como também em valores e crenças culturais, que são compartilhados como verdadeiros.<sup>26</sup>

Os dois pilares de sustentação da autoridade médica são a legitimidade e a dependência. O primeiro é baseado na aceitação por parte do paciente de que o médico detém um saber sobre o seu corpo, que ele próprio não detém e se dá, principalmente, porque a saúde tem um valor inequívoco de importância, que, historicamente foi monopolizado pela medicina. A dependência, por sua vez, está pautada no receio de que venha sofrer consequências desagradáveis se esta autoridade não for obedecida.<sup>4</sup>

É necessária uma recuperação da autonomia que passe pela inclusão da garantia de direitos na agenda de políticas públicas e no fortalecimento de movimentos sociais, e não apenas baseado num suposto empoderamento que passaria pelo resgate de “saberes e poderes femininos”, como reivindica parte do movimento pela humanização do

parto, posto que tais conceitos se baseiam numa compreensão biologizante de mulher, desconsiderando seu papel enquanto sujeito político.<sup>16</sup>

### SUGESTÕES DE MUDANÇA: COMO PREVENIR A VO/VI

Melhora do pré-natal, melhor escolaridade da população, melhorar estrutura hospitalar e treinamento de toda a equipe. (M9)

Que a responsabilidade legal fosse estendida não somente ao obstetra, mas também a quem orienta a paciente no período pré natal, por exemplo, a roda de gestantes. (M10)

As propostas que surgiram, a partir dos entrevistados, para prevenção da VO/VI, estão em três categorias de ação; a educação e informação de pacientes e profissionais, a melhora da infraestrutura institucional, e a responsabilização, também de outros profissionais não médicos. Todos citaram a educação e a informação, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, como estratégias de prevenção. Entre outras, a adequação da estrutura e da ambiência, a disponibilidade de vagas, a suficiência do número e a da qualidade de quem presta assistência, bem como a responsabilização de outros agentes envolvidos previamente na assistência, seja no pré natal, na roda de gestantes, etc.

Preparação com as novas orientações de manejo do trabalho de parto de toda a equipe, médicos, enfermeiras, técnicos e a área física da maternidade ser adaptada para o parto humanizado. (M8)

Essas mesmas estratégias de prevenção e combate à violência, foram propostas por Aguiar,<sup>4</sup> tanto no campo da formação profissional quanto no âmbito institucional.<sup>4</sup> É fundamental que se estabeleça um processo de educação permanente para a equipe de saúde, de forma que todas as mulheres tenham acesso aos mesmos direitos e à mesma abordagem humanizada.<sup>28</sup> Ações de divulgação, conscientização e desnaturalização da violência obstétrica, com a criação de caminhos seguros e consistentes de denúncia, inexistente até o momento, são essenciais para o enfrentamento da VO/VI.<sup>30</sup>

Ampla exploração do tema com a sociedade e com o judiciário, e maior participação da mulher enquanto responsável (maior responsável) pelo seu parto, retirando do médico esse papel. (M12)

Tornquist<sup>16</sup> afirma que para mudar a assistência ao parto é preciso mudar o paradigma que sustenta a prática, as rotinas hospitalares e a própria formação médica. Porém, é necessária uma mudança que priorize a recuperação da autonomia da mulher, a partir da apropriação do direito sobre seu próprio corpo e do acesso à informação, a fim de oferecer um contraponto à cultura medicalizante, que conta com o desejo por parte da própria mulher daquilo que irá anular a sua autonomia.<sup>16</sup>

## **CONCLUSÕES REFLEXIVAS**

A VO/VI na dimensão da relação humana, é sutil e subjetiva, englobando diferentes aspectos do ato em saúde, dos encontros entre agentes e das possibilidades de expressão, necessitando reflexão e disponibilidade dos envolvidos para seu entendimento mais profundo.

A relação humana que se estabelece na assistência ao parto, entre a mulher e o médico, é permeada de sentimentos, emoções e julgamentos. As pacientes mais bem aceitas são bem informadas, têm boa relação com a equipe e geram pouca demanda assistencial. Por outro lado, quando surgem questionamentos, recusas e contestação da autoridade médica ou das rotinas da instituição, a mulher é considerada inconveniente e o profissional apresenta dificuldade em sustentar o respeito a autonomia.

Todos os entrevistados entendem que são vítimas de violência durante seu exercício profissional, seja em relação a estrutura institucional e precarização do trabalho, seja enquanto “vítima das vítimas”, nas ameaças, desacato e desrespeito por parte do paciente ou, ainda, na divergência em relação a conduta e seu desfecho, em que a ameaça gera a possibilidade de judicialização como forma de resolver a crise na relação estabelecida.

Em se tratando de autonomia e tomada de decisão, observamos que, em teoria, os médicos acreditam que toda mulher tem direito de exercer sua escolha, mas quando há divergência de opinião, a autoridade médica deve ser respeitada, tendo como fundamento, o bom desfecho para a mãe e o bebê.

Como estratégias de prevenção da VO/VI, os participantes desse estudo sugerem ações em educação e informação, adequação da estrutura

física e ambiência, bem como a responsabilização de outros agentes envolvidos previamente na assistência.

## REFERÊNCIAS

1. Sena LM. Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
2. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008.
3. Santos RC, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. Estação Científica (UNIFAP). Jan-Jun 2015;5(1):57-68.
4. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
5. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface (Botucatu). 2006;10(20):347-62.
6. Bustos CR, Viñambres AC. La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente. 3a ed. Murcia: Ediciones Criminales, 2007.
7. Carneiro R. Feminismos e maternidades: (des)encontros e (re)significados Subjetividades maternas e feministas em questão. Anais do 26º Simpósio Nacional de História; 2001; São Paulo.
8. Andrezzo HF. O desafio do direito a autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

9. Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva*. 2005;10(3):627-37.
10. Melo VH. Violência obstétrica x violência contra o obstetra. *Informativo Sogimig*. 2014 Maio-Jun. Disponível em: [http://sogimig.org.br/site/wp-content/uploads/Sogimig\\_Maio.pdf](http://sogimig.org.br/site/wp-content/uploads/Sogimig_Maio.pdf)
11. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
12. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o cibativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface*. 2017;21(60):209-20.
13. D'Gregorio RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;111(3):201-2.
14. Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor” [Internet]; 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VM%20367.pdf>
15. Santa Catarina. Lei n. 17097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: [http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_Lei.html/](http://leis.ale.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_Lei.html/)
16. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saúde Públ*. 2003;19(suppl. 2):S419-27.
17. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev*. 25(3):377-84.

18. Aguiar JM, D'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saúde Públ.* 2013;29(1):2287-96.
19. Erdmann AG. Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de violência em unidades locais de saúde, policlínicas regionais e unidades de pronto-atendimento do município de Florianópolis-SC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
21. Merhy EE, Feuerwerker LC. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. Cap 25, Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea; p. 29-74.
22. Domingues RM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Públ.* 2004;20(suppl.1):S52-62.
23. Odent M. A cientificação do amor. 2a ed. Florianópolis: Saint Germain; 2002.
24. Caron OA, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev Latino-am Enfermagem*; 2002 jul-ago;10(4):485-92.
25. Hotimsky SN 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. *Cad Saúde Públ.* 2002;18(5):1303-11.
26. Aguiar JM, D'Oliveira AF. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface – Comunic Saúde Educ.* 2011;15(36):79-91.
27. Oliveira MS. A judicialização da relação entre médico e paciente: uma breve reflexão em bioética e ética. Salvador; 2013.

28. Wunderlich BL. Protagonismo da mulher em trabalho de parto em uma maternidade pública no sul do Brasil. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. (Cadernos HumanizaSUS; 4).
30. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o cibeativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface*. 2017;21(60):209-20.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência institucional ou obstétrica é um fenômeno conhecido e reconhecido na percepção dos profissionais que participaram desta pesquisa, porém ainda em processo de construção quanto a sua definição, categorização e denominação, sendo comum o surgimento de aspectos polêmica e de divergências entre os envolvidos.

A nomenclatura desagrada aos profissionais, que criticam a forma como o obstetra é responsabilizado e a mídia colabora para polemizar o tema.

Ao analisar a violência nas dimensões individual, institucional e da relação humana, com seus respectivos impactos em ação, condição e interação, foi possível abranger todas as formas de expressão de VO/VI e esclarecer os agentes e as condições que a predispõe.

Na dimensão individual em que a atuação profissional é o fator relevante, a prática desatualizada e não embasada em evidências, bem como a negligência e as condutas influenciadas pela atual judicialização da medicina, foram questões relacionadas a VO/VI; Na institucional, a condição oferecida pode predispor e influenciar a ocorrência de violência, dentre as preponderantes estão a falta de vagas, de analgesia e de privacidade, bem como outras relacionadas a ambiência e às rotinas da instituição. Outrossim, na relação humana, a autonomia feminina surge como um direito ético inquestionável, porém cujo limite é estabelecido pelo profissional, evidenciando a assimetria na relação, quando há divergência na opinião para tomada de decisão.

A VO/VI na dimensão da relação humana, é sutil e subjetiva, englobando diferentes aspectos do ato em saúde, dos encontros entre agentes e das possibilidades de expressão, necessitando reflexão e disponibilidade dos envolvidos para seu entendimento mais profundo.

Todos os entrevistados entendem que são vítimas de violência durante seu exercício profissional, seja em relação a estrutura institucional e precarização do trabalho, seja enquanto “vítima das vítimas”, nas ameaças, desacato e desrespeito por parte do paciente ou, ainda, na divergência em relação a conduta e seu desfecho, em que a ameaça gera a possibilidade de judicialização como forma de resolver a crise na relação estabelecida.

Como estratégias de prevenção da VO/VI, os participantes desse estudo sugerem ações em educação e informação, adequação da estrutura física e ambiência, bem como a responsabilização de outros agentes envolvidos previamente na assistência

Apesar do importante avanço na construção, problematização e popularização do tema a ampliação de estudos, definições e o aprofundamento da discussão ainda se fazem necessários.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero** [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, p.79-91, 2011.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F.; SCHRAIBER L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad Saúde Públ**, v. 29, n.1, p. 2287-96, 2013.

ANDREZZO, H. F. **O desafio do direito a autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS**. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.

BRASIL. Ministerio da Saúde. Conitec. Relatório de recomendação. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 465 p. : il. (Cadernos HumanizaSUS; 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 340 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BUSTOS, C. R.; VIÑAMBRES, A. C. **La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente**. 3a ed. Murcia: Ediciones Crimentales, 2007.

CARNEIRO, R. Feminismos e maternidades: (des)encontros e (re)significados Subjetividades maternas e feministas em questão. **Anais...** Simpósio Nacional de História, 26; 2001; São Paulo.

CARON, O. A.; SILVA, I. A. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 10, n. 4, p.485-92, jul-ago 2002.

CARVALHO, C. A. **Violência obstétrica**: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais. [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília; Jun 2015. 46 p.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n. 1.802, de 04 de outubro de 2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Brasília; 2006. Disponível em: <<http://www.forhard.com.br/defesa/180206.asp/>>.

COSTA, S. I.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. **Iniciação a bioética**. Brasileira: Conselho federal de medicina; 1998. 302 p. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/parteiverromedico.htm/](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/parteiverromedico.htm/)

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. Austin (Tex): **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, 75:5-23. 2001.

D'GREGORIO, R. P. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 111, n. 3, p. 201-2, 2010.

DINIZ, C. S. G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc saúde coletiva**. v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DINIZ, C. S. G. et al. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface Comunic Saúde e Educ**, v. 20, n. 56, p. 253-9, 2016.

DINIZ, C. 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 = Abuse and disrespect in

childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **J Hum Growth Dev**, v. 25, n. 3, p. 377-84, 2015.

D'OLIVEIRA, A. F.; DINIZ, S. G.; SCHRAIBER, L. B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 9318, p. 1681-5, 2002.

DOMINGUES, R. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto. **Cad Saúde Públ.**, v. 30, Sup, p. S101-16, 2014.

DOMINGUES, R. M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad Saúde Públ**, v. 20, suppl.1, p. S52-62, 2004.

ERDMANN, A. G. **Violência no trabalho em saúde**: o médico vítima de violência em unidades locais de saúde, policlínicas regionais e unidades de pronto-atendimento do município de Florianópolis-SC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

FEBRASGO. Carta de Aracajú aos obstetras do Brasil. **Jornal da Febrasgo** [Internet]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/carta-de-aracaju-febrasgo-aos-obstetras-brasil/>

GIFFIN, K. Violence, Sexuality and Health. **Cad Saúde Públ.** v. 10, suppl.1, p. 146–155, 1994.

GOTARDO, G. I.; SILVA, I. A. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, n. 2, p. 245-251, abr/jun 2007.

HOTIMSKY, S. N. 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. **Cad Saúde Públ**, v. 18, n. 5, p. 1303-11, 2002.

LEAL, M. C. et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. **Cad Saúde Públ**, v. 30, suppl.1, p. S17-32, 2014.

LEITÃO, F. J. **Autonomia da mulher em trabalho de parto** [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2010. 103 p.

MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2008.

MELO, V. H. Violência obstétrica x violência contra o obstetra. **Informativo Sogimig**, maio/jun. 2014. Disponível em: [http://sogimig.org.br/site/wp-content/uploads/Sogimig\\_Maio.pdf](http://sogimig.org.br/site/wp-content/uploads/Sogimig_Maio.pdf)

MERHY EE, FEUERWERKER LC. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.) **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74.

MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MUGGAH, R.; DINIZ, G. **Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias**. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2014. Disponível em: <[http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06\\_Prevenindo-violencia.pdf](http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06_Prevenindo-violencia.pdf)>. Acesso em: 1 dez. 2015.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. 2a ed. Florianópolis: Saint Germain; 2002.

OLIVEIRA, M. S. **A judicialização da relação entre médico e paciente**: uma breve reflexão em bioética e ética [monografia]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2013.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS; 2014.

PULHEZ, M. M. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. **Anais...** Seminário Internacional Fazendo Gênero, 10. Florianópolis; 2013.

REDE Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. **Dossiê da Violência Obstétrica “Parirás com dor”** [Internet]; 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>

RODRIGUES, D. P. et al. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. **Esc Anna Nery**, v. 19, n. 4, p. 614-20, 2015.

SADLER, M. et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. **Reprod Health Matters**, v. 24, n. 47, p. 47-55, maio 2016.

SANTA CATARINA. Lei n. 16869, de 15 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a presença de doulas durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, e estabelece outras providências. Disponível em: [http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2016/16869\\_2016\\_lei.html/](http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2016/16869_2016_lei.html/)

SANTA CATARINA. Lei n. 17097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Disponível em: [http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_Lei.html/](http://leis.alesec.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_Lei.html/)

SANTOS, R. C.; SOUZA, N. F. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. **Estação Científica (UNIFAP)**, v. 5, n. 1, p. 57-68, jan/jun 2015.

SCHRAIBER, L. B. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface Comunic Saúde e Educ.**, v.1, n. 1, p. 123-40, 1997.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o cibeativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface**. v. 21, n. 60, p. 209-20, 2017.

SENA, L. M. **Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração**: a medicalização do parto como porta e palco para a

violência obstétrica [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016. 268 p.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface** (Botucatu), v. 10, n. 20, p. 347-62, 2006.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad Saúde Públ.** v. 19, suppl. 2, p. S419-27, 2003.

WUNDERLICH, B. L. **Protagonismo da mulher em trabalho de parto em uma maternidade pública no sul do Brasil.** [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.

## APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL OU OBSTÉTRICA

Data: \_\_\_\_\_ Nome (opcional): \_\_\_\_\_

### **DADOS PESSOAIS E PROFISSIONAIS DO(A) PARTICIPANTE:**

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Cor declarada: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Filhos: Quantidade ( ) parto normal ( ) cesariana ( )

Graduação: Medicina Ano: \_\_\_\_\_

Especialização GO: ( ) Anos ( ) Em andamento Instituição:

\_\_\_\_\_  
Mestrado ( ) Doutorado ( ) Professor ( ) Outros ( )

\_\_\_\_\_  
Outras atividades profissionais

\_\_\_\_\_  
Tempo de serviço na área: \_\_\_\_\_ anos

Tempo de serviço nesta instituição: \_\_\_\_\_ anos

Horas de trabalho por semana: nesta instituição ( ) outros: ( )

Em média, a quantas gestantes em trabalho de parto você presta assistência por semana? ( )

### **PERCEPÇÃO GERAL SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL / OBSTÉTRICA**

1. Você já ouviu falar de violência institucional ou obstétrica?

( ) muito frequentemente ( ) frequentemente ( ) pouco frequentemente  
( ) raramente ( ) nunca

Qual(is) a(s) fonte(s) da informação?

( ) colegas de profissão

( ) associação profissional

( ) local de trabalho

( ) mídia

( ) pacientes / usuários

( ) artigos científicos

( ) outros \_\_\_\_\_

2. O que você entende por violência institucional / obstétrica?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. O que você considera violência obstétrica / institucional durante a assistência ao parto?

---



---



---

4. Você presencia situações que considere violência institucional/obstétrica?

( ) muito frequentemente ( ) frequentemente ( ) pouco frequentemente  
( ) raramente ( ) nunca

Se sim, cite as mais frequentes:

---



---

5. O que você acha da denominação violência obstétrica / institucional?

( ) ótima ( ) boa ( ) indiferente ( ) ruim ( ) péssima

Justifique:

---



---

6. Você sugere outra denominação para substituir violência obstétrica?

---



---

7. Assinale o(s) item(s) que você considera violência institucional / obstétrica:

SIM	NÃO	DEPENDE		COMENTÁRIOS
			agressão física ou verbal	
			procedimentos médicos coercivos ou mal informados	
			cuidado negligente durante o parto	
			ofender, xingar ou humilhar a mulher ou a família	
			ameaçar a paciente	

SIM	NÃO	DEPENDE		COMENTÁRIOS
			negar assistência	
			falta de privacidade	
			falta de confidencialidade	
			fazer comentários irônicos ou constrangedores	
			recusa em realizar analgesia quando solicitado e não contra indicado	
			deixar de oferecer métodos para alívio da dor	
			realizar procedimentos desnecessários	
			fazer procedimentos sem o consentimento da paciente	
			fazer procedimentos de urgência como episiotomia, fórceps, vácuo extrator, cesariana, sem o consentimento da paciente	
			fazer piada sobre o comportamento da paciente	
			não valorizar as queixas da paciente	
			mudança frequente de examinador e de assistente	
			inibir ou criticar atitudes da paciente, como gritos	
			realizar cesareana sem indicação clínica, por conveniência do profissional	

SIM	NÃO	DEPENDE		COMENTÁRIOS
			não realizar cesareana caso a paciente solicite	
			uso de ocitocina para acelerar o parto por conveniência do serviço ou do profissional	
			realizar condutas não baseadas nas melhores evidências científicas	
			não contemplar o desejo do casal quando possível	
			privação de alimentos durante o trabalho de parto fisiológico	
			impedir ou retardar o contato imediato da mãe com o bebê saudável	
			apressar-se em retirar o recém nascido do contato com a mãe para realizar exames e procedimentos	
			falar alto e sobre outros assuntos no pré parto e parto	
			não permitir acompanhante no pré, parto e puerpério	

**PERCEPÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL OU OBSTÉTRICA RELACIONADA À INSTITUIÇÃO**

8. Você considera que existam questões ou rotinas relacionadas a(s) instituição(ões) que predisponham a ocorrência de violência institucional / obstétrica?

muito frequentemente  frequentemente  pouco frequentemente  
 raramente  nunca

Se sim, cite

exemplo(s): \_\_\_\_\_

9. Você considera que nesta instituição acontece violência institucional / obstétrica?

muito frequentemente  frequentemente  pouco frequentemente  
 raramente  nunca

10. Você acha que as condições de trabalho nesta instituição têm influência na ocorrência de violência obstétrica ou institucional?

muito frequentemente  frequentemente  pouco frequentemente  
 raramente  nunca

**PERCEPÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL OU OBSTÉTRICA NA RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE**

11. Você acha que o profissional de saúde também é vítima de violência durante suas atividades profissionais?

muito frequentemente  frequentemente  pouco frequentemente  
 raramente  nunca

Se sim, cite exemplo(s):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12. Você acha que a mulher pode questionar, escolher ou opinar sobre os procedimentos e condutas indicados pela equipe da assistência?

muito frequentemente  frequentemente  pouco frequentemente  
 raramente  nunca

Justifique:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

13. Que tipo de atitudes e condutas das pacientes você considera inconvenientes?

---

---

14. Em sua opinião, quais as pacientes “mais fáceis” de lidar?

---

---

15. Em sua opinião, quais as pacientes “mais difíceis” de lidar?

---

---

16. O que acha que pode ser feito para prevenção da violência institucional / obstétrica?

---

---

17. Você gostaria de acrescentar alguma questão sobre violência institucional ou obstétrica que considere relevante e que não foi abordado neste questionário?

---

---

---

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago(HU)**  
Santa Catarina, Florianópolis, Trindade, Rua Professora Maria Flora  
Pausewang, CEP 88036-800 Fone/FAX: +55 (48) 3721-9100/3721-8354

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(a) senhor(a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa de mestrado profissionalizante intitulada **“Violência Institucional? A perspectiva dos médicos plantonistas de uma maternidade humanizada”** que tem como objetivo **“identificar a percepção dos médicos, que acompanham partos na maternidade do HU-UFSC, sobre o tema violência institucional ou obstétrica”**.

Para que esse objetivo seja alcançado, será aplicado um questionário de perguntas abertas. As perguntas se referem a sua opinião em relação à violência institucional ou obstétrica, e sobre como este tema se insere em diferentes contextos: na percepção individual do profissional, nas rotinas institucionais e na relação médico / paciente. O questionário será entregue para preenchimento e posteriormente recolhido pela pesquisadora. Posteriormente os dados coletados serão analisados por uma técnica de pesquisa quantitativa e qualitativa.

Esse estudo pode trazer benefícios como: esclarecimento da perspectiva do profissional de saúde sobre o tema, entendimento entre profissionais e pacientes, melhorias na assistência a mulher, bem como crescimento profissional de toda a equipe envolvida no processo de reflexão. Os riscos envolvidos na participação desse estudo são mínimos, podendo ser caracterizados pelo desconforto em responder perguntas, de expor confidencialmente suas percepções a respeito do tema e de dispor de seu tempo para o preenchimento do questionário.

A sua identidade será preservada, pois cada indivíduo será identificado por um número. O(a) senhor(a) poderá se recusar ou se retirar do estudo em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer tipo de constrangimento ou penalização. É garantido ao Sr(a) o livre acesso a todas as informações, além de não ter nenhum valor econômico a receber ou a pagar.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não identificação de seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

Agradecemos a sua participação.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que fui esclarecido(a) sobre os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que estou ciente de que a minha participação se dará por meio de questionário. **EU CONCORDO EM PARTICIPAR DESSE ESTUDO**, recebendo uma cópia assinada deste termo de consentimento e telefones dos pesquisadores para contato.

Nome por extenso

---

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura

---



**Universidade Federal de Santa Catarina**  
**Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago(HU)**  
Santa Catarina, Florianópolis, Trindade, Rua Professora Maria Flora  
Pausewang, CEP 88036-800 Fone/FAX: +55 (48) 3721-9100/3721-8354

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Maristela Muller Sens, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante da pesquisa.

---

MARISTELA MULLER SENS

(Pesquisadora Principal)

Contato: **(48) 3721-9875**

Eu, Ana Maria Nunes de Faria Stamm, declaro que a pesquisa está pautada na da Resolução do CNS (Conselho Nacional de Saúde) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e asseguro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, referente ao processo de consentimento livre e esclarecido.

---

ANA MARIA NUNES DE FARIA STAMM

(Pesquisadora Responsável)

Contato: **(48) 3721-9014**

#### **Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH)**

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil - CEP: 88040-900 - Biblioteca Universitária Central - Setor de Periódicos (térreo), atrás dos arquivos deslizantes.

**Contatos:** (48) 3721-9206 ou [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)

**Horário de Atendimento:** das 7h às 19h



## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

### CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:

Número do Parecer:

*Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.*

#### DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Número do CAAE:

Número do Parecer:

Quem Assinou o Parecer:

Pesquisador Responsável:

Data Início do Cronograma:

Data Fim do Cronograma:

Contato Público:



## ANEXO 2 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 1



**SAGAS**  
Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos  
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Inicio | Autor | Consultor | Editor | Mensagens | Sair

← → ⓘ cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/1/index.php ☆

---

**CSP\_2009/17**

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Data de submissão	17 de Novembro de 2017
Título	AS DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA OU INSTITUCIONAL
Título corrido	AS DIMENSÕES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA OU INSTITUCIONAL
Área de Concentração	Ciências Sociais em Saúde
Palavras-chave	Violência Obstétrica, Violência Institucional, Parto Humanizado, Gênero
Fonte de Financiamento	Nenhum
Conflito de Interesse	Nenhum
Condições éticas e legais	No caso de artigos que envolvem pesquisas com seres humanos, foram cumpridos os princípios contidos na Declaração de Helsínki, além de atendida a legislação específica do país no qual a pesquisa foi realizada. No caso de pesquisa envolvendo animais da fauna silvestre e/ou cobaias foram atendidas as legislações pertinentes.
Registro Ensaio Clínico	Nenhum
Sugestão de consultores	Nenhum
Autores	MARISTELA WÜLER SEIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA) <maristela@hotmai.com> Arla Maria Nunes de Para Stanni (Universidade Federal de Santa Catarina) <aramitstanni@gmail.com>
STATUS	Com Secretaria Editorial

© Cadernos de Saúde Pública, ENSP, FIOCRUZ - 2017



## ANEXO 3 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO ARTIGO 2

### Submission Confirmation



Thank you for your submission

**Submitted to**

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**Manuscript ID**

ICSE-2017-0875

**Title**

Relação Humana: A sutil dimensão da violência obstétrica

**Authors**

SENS, MARISTELA

Stamm, ANA MARIA

Interface - Comunicação, Saúde, Educação



### Relação Humana: A sutil dimensão da violência obstétrica

Journal:	Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Manuscript ID	ICSE-2017-0875
Manuscript Type:	Articles
Keyword:	Violência Obstétrica, Violência Institucional, Saúde da Mulher, Parto Humanizado, Autonomia

SCHOLARONE<sup>™</sup>  
Manuscripts