

A multidimensionalidade da violência obstétrica institucionalizada e sua relação com o modelo tecnocrático

Marli Terezinha Stein Backes ¹; Maria de Jesus Hernández Rodriguez ²; Susian Cássia Liz Luz ³; Karini Manhães de Carvalho ⁴; Evangelia Kotzias Atherino dos Santos ⁵.

Modalidade: Temas Livres para Prêmios - Prêmio Madre Maria Domineuc

Eixo temático: 4º EIXO – Cuidado qualificado

Introdução: A violência obstétrica é um tipo de violência institucional que vem ocorrendo há muito tempo, em diversos locais e de diversas maneiras, e que só nos dias de hoje está sendo reconhecida como tal. **Objetivo:** Compreender as múltiplas faces da violência obstétrica institucionalizada e sua relação com o modelo tecnocrático de atenção à saúde. **Método:** abordagem qualitativa, com o referencial metodológico da *Grounded Theory*¹. O estudo foi conduzido por amostragem teórica a partir de 29 entrevistas com profissionais de saúde: enfermeiros, médicos e gestores de duas maternidades do sul do Brasil. A coleta e análise dos dados foram realizadas concomitantemente. A análise dos dados foi realizada através da codificação aberta, axial e integração. Foram consideradas as recomendações da Resolução nº 466/2012² e suas complementares, a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob Parecer nº 1.148.080 (CAAE: 43112415.5.0000.0121) e Parecer nº 1.158.569 (CAAE: 43112415.5.3001.0114), após autorização das Instituições onde a pesquisa foi realizada. Também foi considerada a autorização dos participantes do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Os resultados deste estudo são apresentados por meio de quatro categorias, assim denominadas: A multidimensionalidade da violência obstétrica, A realização de intervenções obstétricas desnecessárias, O cuidado centrado nos profissionais, e Necessitando prevenir a violência obstétrica desde o pré-natal. A violência obstétrica institucional ocorre por parte dos diversos profissionais da saúde e de diversas formas. Pode ser física, psicológica, verbal, ou através de intervenções e procedimentos que, muitas vezes, são desnecessários. Está relacionada com a formação dos profissionais médicos que foram formados no modelo intervencionista e que buscam perpetuá-lo, e também com o aumento do índice de casáreas. O cuidado continua centrado nos profissionais e não no usuário. **Conclusão:** É preciso empoderar a mulher desde o pré-natal para que ela tenha noção dos seus direitos e também promover um diálogo

¹ Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem (PPGPENF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis/SC/Brasil.

² Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Clínica Santa Helena. Florianópolis/SC/Brasil.

³ Enfermeira. Maternidade Carmela Dutra. Mestranda do PPGPENF da UFSC. Florianópolis/SC/Brasil.

⁴ Enfermeira Obstétrica. Mestranda do PEN da UFSC. Florianópolis/SC/Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do PEN da UFSC. Florianópolis/SC/Brasil.

com a sociedade e educar os homens a terem uma postura de respeito com a mulher e isso deve iniciar o mais precocemente possível. A enfermagem, enquanto profissão do cuidado, deve promover o cuidado humanizado e zelar pela segurança e bem estar materno, fetal e neonatal.

Descritores: Atenção à saúde; Enfermagem obstétrica; Instalações de saúde; Modelos de assistência à saúde; Violência contra a mulher.

INTRODUÇÃO

A violência obstétrica é considerada um dos tipos de violência mais preocupantes porque é praticada por agentes e órgãos públicos que deveriam estar voltados para a defesa da cidadania. A violência obstétrica é todo ato ou omissão do profissional de saúde que leve à apropriação indevida dos processos corporais e reprodutivos das mulheres e que se expressem no tratamento desumano, no abuso da medicalização e no tornar patológico os processos naturais, fazendo com que a mulher perca a sua capacidade de decidir livremente sobre o seu corpo e sexualidade, impactando negativamente em sua qualidade de vida e na de seu filho¹⁻².

Estudos sobre a violência obstétrica de diferentes países demonstram os tipos de violências que prevalecem nas maternidades que são: a violência por negligência; a violência verbal ou psicológica, incluindo tratamentos grosseiros, ameaças, gritos e humilhações; a violência física, incluindo a recusa deliberada da administração de anestésicos para aliviar o sofrimento das parturientes, e a violência sexual³⁻⁵. Segundo as autoras esses tipos assemelham-se aos praticados nas relações interpessoais.

Tais circunstâncias demonstram uma realidade cotidiana cruel que fere os princípios e direitos das mulheres, pois todas as mulheres tem direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a um cuidado digno e respeitoso durante o trabalho de parto e parto, assim como o direito de estar livre da violência obstétrica institucional⁵.

O controle da violência obstétrica institucional no trabalho de parto e parto representa ainda um grande desafio na atualidade, tendo em vista a sua invisibilidade e não reconhecimento como violação dos direitos humanos. Neste sentido, verifica-se a necessidade de promover mudanças na forma de cuidado das mulheres no trabalho de parto e parto, para que a mulher possa ter uma experiência favorável nesta etapa especial de sua vida que é o nascimento de um filho.

Nessa direção, para reduzir a violência obstétrica são sugeridas ações de prevenção quaternária tais como: a elaboração individual e/ou coletiva de planos de parto a partir da orientação pelas equipes de atenção primária no pré-natal, a introdução de outros profissionais qualificados no cuidado ao parto de risco habitual e a participação dos profissionais da atenção primária e suas associações no movimento social e político pela “humanização” da assistência ao pré-natal e parto⁵.

Diante do exposto e considerando a relevância do tema, surgiu o interesse em investigar a seguinte questão de pesquisa: Quais são as múltiplas faces da violência obstétrica institucionalizada e sua relação com o modelo tecnocrático de atenção à saúde? Para tanto, utilizou-se como referencial teórico o pensamento complexo de Edgar Morin e o referencial metodológico da *Grounded Theory*.

OBJETIVO

Compreender a multidimensionalidade da violência obstétrica institucionalizada e sua relação com o modelo tecnocrático de atenção à saúde.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos. Foram consideradas as recomendações da Resolução nº 466/2012⁶ e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde brasileiro sobre pesquisas envolvendo seres humanos, bem como, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina sob Parecer nº 1.148.080 (CAAE:43112415.5.0000.0121), a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis/SC, Parecer nº 1.158.569 (CAAE:43112415.5.3001.0114), após autorização das Instituições onde a pesquisa foi realizada.

Também foi considerada a autorização dos participantes do estudo que, após terem sido esclarecidos os objetivos e a metodologia proposta, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes serão identificados neste estudo pela letra P (Participante), seguida de um número arábico correspondente à ordem em que foram entrevistados e com a identificação da categoria profissional.

Tipo de estudo

Este é um estudo de abordagem qualitativa que integra um macroprojeto de pesquisa intitulado “Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da atenção obstétrica e neonatal”. O método utilizado foi a *Grounded Theory*, também chamado de Teoria Fundamentada em Dados (TFD) que foi desenvolvido originalmente e sistematicamente pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss na Universidade da Califórnia/USA, por volta de 1965. Com o passar do tempo, Glaser e Strauss seguiram desenvolvendo o método, seguindo

caminhos distintos, e cada um buscou aperfeiçoar a sua versão⁷. O presente estudo segue a versão de Strauss⁸.

A TFD busca a compreensão do significado das atitudes humanas e da vida, a partir da realidade, contexto e local onde as pessoas vivem, e das interações e relações dos fenômenos sociais⁷.

Procedimentos metodológicos

Um dos aspectos fundamentais da TFD é a amostragem teórica. Sendo assim, este estudo foi conduzido baseado nos princípios da amostragem teórica que foi definida durante o processo de pesquisa e que teve como objetivo maximizar as oportunidades de comparar fatos, incidentes ou acontecimentos⁷. Neste estudo também utilizou-se o *checklist* (COREQ) ou SRQR.

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em duas maternidades públicas brasileiras de grande porte, ou seja, na maternidade do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, pertencente à rede federal, denominada aqui de Maternidade 1 (M1) e na Maternidade Carmela Dutra que pertence à rede estadual de saúde, e é denominada neste estudo de Maternidade 2 (M2). Estas duas maternidades localizam-se na área urbana do município de Florianópolis/SC, capital do estado, e são responsáveis pelo atendimento público na área.

Fonte de dados

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada em profundidade e audiogravada. A amostra compreendeu um total de 29 entrevistas realizadas com Enfermeiros, médicos obstetras, residentes médicos em obstetrícia, neonatologia, Pediatria e uma residente de enfermagem. A duração média das entrevistas foi de 42 minutos e 17 segundos.

Coleta e organização dos dados

A coleta e a análise de dados foram realizadas concomitantemente no período de julho de 2015 a dezembro de 2016. A pesquisa foi iniciada na M1, onde foram entrevistados 10 Enfermeiros que atuavam no Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico (CO) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal). Uma enfermeira gestora que havia sido convidada recusou-se a participar do estudo.

Para ampliar e diversificar a amostra, foram entrevistadas seis Enfermeiras da M2 as quais atuavam no CO, Alojamento Conjunto, UTI Neonatal e no Ambulatório desta instituição, que é referência para atendimento à gestação de alto risco. Também foram entrevistadas mais duas

Enfermeiras do Ambulatório da instituição à qual pertence a M1, igualmente referência no atendimento às gestantes de alto risco.

Dando continuidade à pesquisa e buscando compreender a gestão do cuidado realizada pelo Enfermeiro, na visão dos médicos, médicos residentes e residente de enfermagem, cujos profissionais exercem as suas atividades conjuntamente com os Enfermeiros e atuam nas mesmas unidades assistenciais, buscou-se entrevistar ainda três médicos, ambos da M1 e M2, seis médicos residentes, tanto da M1 como da M2, incluindo residentes em Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria e, ainda, uma enfermeira residente de enfermagem da M1 e mais uma enfermeira do CO da M1.

Durante a condução do estudo foram elaborados memorandos, que referem-se aos registros escritos de análise, tais como: notas de codificação, notas teóricas e notas operacionais. Da mesma forma, também foram elaborados diagramas, que são mecanismos visuais que ajudaram a ilustrar as relações entre os conceitos.

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada concomitantemente com a coleta dos dados, sendo que a análise conduziu o processo de coleta, até a saturação dos dados. Realizou-se a codificação aberta e axial e integração, em fases distintas, porém integradas e complementares⁷.

Na codificação aberta cada uma das entrevistas realizadas foi examinada detalhadamente, linha por linha, e frase por frase, para realizar a separação dos dados em partes distintas e compará-los constantemente em busca de similaridades e diferenças, a fim de identificar as categorias emergentes dos dados.

Na codificação axial as categorias identificadas na codificação aberta foram analisadas e devidamente classificadas e os dados separados anteriormente foram reagrupados. Para este estudo foram delimitadas quatro categorias: A multidimensionalidade da violência obstétrica, A realização de intervenções obstétricas desnecessárias, O cuidado centrado nos profissionais e, Necessitando prevenir a violência obstétrica desde o pré-natal.

Na fase da integração foi utilizado o mecanismo analítico denominado paradigma, preconizado por Corbin e Strauss⁸ como instrumento facilitador, que envolve um esquema por meio da organização dos dados que são reunidos e ordenados sistematicamente, e classificados a partir das conexões emergentes.

RESULTADOS

A partir do presente estudo evidenciou-se que na atualidade as mulheres ainda são muito submissas e que ainda há muita violência sexual e violência doméstica contra as mulheres e, da mesma forma, ainda vem ocorrendo a violência obstétrica, que é um tipo de violência institucional que já existe há muito tempo, em todos os lugares, mas que só nos dias de hoje está sendo reconhecida pela sociedade. Os resultados deste estudo são apresentados por meio das quatro categorias já mencionadas.

A multidimensionalidade da violência obstétrica

Essa violência obstétrica institucional ocorre por parte dos diversos profissionais da saúde e de diversas formas e pode ser física, psicológica, verbal, ou através de intervenções e procedimentos que, muitas vezes, são desnecessários.

Acho, eu acho que acontece muito, e isso me deixa muito angustiada, que é a falta de respeito pela mulher, a gente não manda na mulher! Ela é um ser humano que está ali, que precisa do nosso cuidado, mas que ela deve ter autonomia, deve ter as escolhas dela (P8 – Enfermeira Obstetra).

Eu passei pela [...] e foi um processo bem traumatizante para mim, porque eu não consegui entender como tinha tanta enfermeira boa lá dentro e que as coisas não aconteciam, sabe! As mulheres saiam de lá passando por violência obstétrica e as enfermeiras faziam de conta que não estavam vendo aquilo! Isso é muito doloroso para elas também! Porque é um processo difícil! É uma mudança de poder né?! Mas a gente precisa perceber que essa mudança é nossa! Não é da medicina! Nós violentamos os pacientes de varias formas! E nós achamos que está tudo bem! E não está! [...] Porque a violência não é só física! Ela é psicológica! Ela é verbal! Ela é por um toque! Por uma intervenção que não precisa!(P19 – Enfermeira Residente).

A falta de respeito com a mulher no momento do parto pode resultar em violência obstétrica e o uso de palavras inadequadas durante o trabalho de parto e parto podem gerar um sentimento de culpa na mulher, caso haja alguma intercorrência com o bebê após o nascimento.

Durante a pesquisa foram citados diversos casos vivenciados por enfermeiras obstetras de violência obstétrica contra a mulher que tem deixado essas enfermeiras angustiadas. Uma das participantes comentou que já presenciou casos em que foi tentado culpabilizar a mulher durante o parto com afirmações do tipo: “se tu não fazer a força direitinho mãe, o bebê, ao invés de ir para o teu colo, vai para o colo da pediatra!”. Outra participante informou que já ouviu médicos residentes mandando a mulher “calar a boca” no momento do parto.

... eu lembro que no primeiro ano que eu entrei aqui os residentes gritavam “Você pensa que está falando com quem?” mandando calar a boca [da mulher] (P15 – Enfermeira Obstetra).

As mulheres ainda são muito desrespeitadas no seu direito de escolha. Durante a pesquisa foi citado que em muitos casos ainda é visto que os profissionais médicos não respeitam o direito de escolha da mulher. Entretanto, também foi mencionado que a violência é uma questão subjetiva,

pois há momentos em que a enfermeira e/ou a equipe imagina que a mulher está sendo violentada quando na percepção da mulher isto não está acontecendo.

Mas tem gente que vem nesse momento de fragilidade que acabam sendo submetidas, muitas vezes, né? se submetem a vontade do profissional que está ali, não deixam valer a sua vontade, e... são desrespeitadas do seu direito de escolha (P16 – Enfermeira).

O cuidado centrado nos profissionais

Também foi relatado pelos participantes que os médicos intervencionistas ficam sentados e distantes da parturiente enquanto a enfermagem fica ao lado da parturiente durante o trabalho de parto. Porém, no momento do parto eles se fazem presentes e fazem questão de assistir o parto, e exigem que o parto seja realizado na sala de parto. Além disso, a pesquisa mostrou que os médicos ficam mais alertas quando estão atendendo mulheres que são mais informadas, pois há um medo por parte deles da repercussão que a violência obstétrica tem causado na mídia.

Se é um médico que tem outra visão, aí a gente trabalha em equipe e tudo vai ser compreendido, porque o médico que tem outra visão ele fica mais do lado da mulher, mas esses outros que são intervencionistas, eles ficam sentados, ficam no quarto aí a gente que fica lá do lado da mulher, mas na hora do parto eles tem que estar presente, e tem que ser lá na sala de parto ainda. Então isso é ruim, porque a gente não tem muita autonomia como enfermeira ali. É difícil, ainda tem aquela coisa que o médico que diz o que a enfermeira tem que fazer, eles ainda acham isso... (P8 – Enfermeira Obstetra).

A gente atende uma população carente e desinformada, mas quando chega “uma ou outra” parece que “acende” para eles, e eu acho que ano passado saíram algumas coisas na mídia, mas não sei se é só isso sabe? (P15 – Enfermeira Obstetra).

Foram referidos também relatos de casos em que o profissional médico puxava a mulher pelo braço já em período expulsivo para levá-la às pressas da sala de pré-parto até a sala de parto. E que nesses casos, a mulher foi puxada contra a sua vontade, pois o médico não queria que o parto acontecesse na sala de pré-parto, sendo que estes casos são muito comuns no CO onde trabalha.

Uma das participantes relevou que percebe que tanto os profissionais médicos como os técnicos de enfermagem são egoístas e que pensam apenas em si e não no bem estar da parturiente, e complementa que também são poucos os enfermeiros que tratam a mulher com cuidado e carinho, pois muitos deles também costumam puxar a mulher pelo braço para levá-la até a sala de parto na hora do período expulsivo.

... Então, às vezes, eles não entendem que quando puxa a mulher pelo braço e a mulher não quer ir, eu acho que isso é uma violência obstétrica e aí doi meu coração, que eu vejo de longe a mulher andando no corredor com o bebê quase nascendo no meio das pernas e tem que ir correndo até a sala de parto, isso acontece muito ali. [...] Então quem está na sala de parto não gosta que o parto seja ali e quem está no pré-parto, também não gosta, que acha que vai ter mais serviço, entende? Então as pessoas estão muito egoístas, elas pensam muito em si e não no bem estar daquela mulher. [...] mas também tem enfermeiro

que também puxa a mulher para a sala. São poucas que tem carinho e cuidado (P8 – Enfermeira Obstetra).

A realização de intervenções obstétricas desnecessárias

Durante a pesquisa foram citados alguns casos de violência obstétrica explícita vivenciados por algumas participantes e que dizem respeito às intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto e parto. Uma das participantes citou que quando foi admitida em 2010 na maternidade onde trabalha eram realizadas episiotomias em todas as primíparas, e que ainda tinha uma médica que bloqueava rotineiramente o nervo pudendo das parturientes para que estas já ficassem anestesiadas caso ela precisasse de episiotomia. Ela acredita que na emergência obstétrica da instituição onde trabalha ainda são oferecidas as práticas de tricotomia e flectenema, e que ainda acontece de médicos residentes indicarem o flectenema.

Quando eu entrei aqui, no primeiro ano, primípara era episio! Toda primípara recebia episiotomia, toda! O R2 falava para o R1: “É primípara? Faz episiotomia!”, todas. Hoje reduziu muito, tem uma plantonista específica que é mais achegada a uma episiotomia e ainda bloqueia [o nervo pudendo], mas antes nos plantões dela todas as parturientes tinham seu nervo [pudendo] bloqueado... (P15 – Enfermeira Obstetra).

Práticas como restrição de alimentos e movimentos à gestante/parturiente, tricotomia e episiotomia, ao longo do tempo começaram a diminuir gradativamente. Uma das participantes relatou que enquanto residente tem ouvido falar de casos de violência obstétrica em outras instituições, porém no local onde trabalha nunca vivenciou esta experiência. Ela ainda contou sua experiência em trabalhar em um hospital em outro estado e revelou que onde trabalhava os profissionais não sabiam o que era um parto humanizado, parto de cócoras e ainda realizavam muitas episiotomias. E que no estado onde fica este hospital, ela refere que a taxa de cesáreas ainda é muito alta. Outra participante complementou que a violência obstétrica tem grande relação com o aumento no índice de cesáreas.

Para uma das participantes as intervenções no parto acontecem por falta de paciência dos profissionais. Ela acredita que o profissional médico é mais intervencionista que o enfermeiro, pois é quem prescreve a ocitocina sintética e realiza a episiotomia. Referiu que, muitas vezes, os médicos obstetras não esperam ou não dão o tempo necessário para a fisiologia da mulher agir e introduzem precocemente a ocitocina, seja por desconhecimento, medo, falta de experiência profissional ou por terem tido uma formação intervencionista. No entanto, uma das participantes vê esta atitude como algo que desqualifica o trabalho de parto e parto e não proporciona um atendimento natural.

... a gente sabe que aquele médico tem uma dificuldade em... eles são bons né? E eu acho isso uma dificuldade porque, às vezes, eles não vão até um limite é... esperando aquela mulher expulsar o seu neném pelo seu próprio corpo, assim pelas suas possibilidades e já introduzem uma ocitocina por exemplo né? Por desconhecimento, às vezes, né? Porque

ainda não tem a experiência que precisa para tomar uma conduta sozinho, uma decisão sozinho. E eu acho que isso, às vezes, acaba desqualificando um pouco o trabalho de parto. Não proporciona um atendimento natural (P18 – Enfermeira Obstetra).

Por outro lado, outra participante relatou que as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto tem diminuído significativamente, e que enema, tricotomia e episiotomia que eram feitos em todas as mulheres, já não são feitos mais praticamente em nenhuma mulher.

Quando eu comecei a acompanhar a obstetrícia aqui, tricotomia, enema e episiotomia era feitos praticamente em todas as pacientes. E hoje a gente não faz praticamente em nenhuma. Restrição de alimento, restrição de movimentação da gestante, isso tudo se conseguiu diminuir de maneira bem significativa. Cesariana está se caminhando para isso eu acredito, tá? Existem muitas variáveis envolvidas, mas eu acho que está se caminhando para diminuir o número de cesarianas também (P20 Médico Obstetra).

Outra participante relatou também que há algumas divergências em uma das maternidades quanto ao uso de protocolos, como no caso na prescrição médica de ocitocina durante o trabalho de parto, e que isto acontece conforme o médico que está de plantão.

Nós temos uma dificuldade muito grande aqui que eu até já levei para a chefia dos médicos, porque o que acontece é que existe um livro de rotinas médicas da maternidade só que a sensação que a gente tem aqui dentro é que é “tipo particular” e cada Staff vem aqui e faz o que quer e não seguem o protocolo da instituição. Não são todos que seguem! Por exemplo, por esse livro de rotinas quando se inicia a Ocitocina se inicia com 10 ml/h. Do noturno eu não sei te dizer nada. Eu fiz um noturno porque foi na época da greve, então éramos eu e mais duas funcionárias e isso aqui cheio de gente! Mas do diurno é assim, dois iniciam com seis porque fazem o protocolo do Ministério da Saúde (P15 Enfermeira Obstetra).

Uma das médicas entrevistadas relatou que veio de uma residência intervencionista e que os médicos obstetras, muitas vezes, optam pela intervenção do parto, pois, quando o processo de nascimento começa a apresentar alguma dificuldade eles preferem não correr riscos. Ela acredita que muitas das atitudes intervencionistas dos médicos se dão por medo que a classe médica tem que algo possa dar errado e eles serem responsabilizados por isso.

Eu vim numa residência que era mais intervencionista! A gente fazia episio... Aqui e na [...]. Fazia episio em todo mundo... Hoje não! Desde que abriu a gente mudou... Outra filosofia! Então acho que com o tempo você vai... Algumas vezes existem alguns problemas! Porque talvez a visão nossa seja um pouco diferente! Entendeu?! A gente vê alguns riscos, talvez que a gente não quer nem pensar em passar! Entendeu?! Então, às vezes, existem algumas! Mas nada tão... Até porque as responsabilidades normalmente caem em cima de nós, né? Então, às vezes, a gente tem algumas atitudes mais intervencionistas por esse fato! Por que eu vou esperar? Esperar! Esperar! Um bebê que está em um parto enalacrado! Até o neném está em sofrimento fetal ou está ali para nascer um neném ruim! Se eu posso intervir antes! Porque não vai sobrar para o resto! Vai sobrar para mim! E para o bebê! E para a mãe! Entendeu?! Então, às vezes, esse pensamento é um pouco diferente! (P24 Médica Obstetra).

Uma das participantes revelou que, muitas vezes, o exame de toque é visto por pessoas de fora do processo como algo exagerado, porém ela relatou que é necessário a realização desse

procedimento, algumas vezes, para saber como está o andamento do trabalho de parto. Esta participante acredita que partindo das experiências que teve em outros hospitais, no hospital onde estava realizando a sua residência no momento da entrevista, o parto das parturientes é muito mais tranquilo e com menos intervenções. Ela também acredita que há alguns médicos que são mais intervencionistas que outros, mas, muitos médicos ainda estão dentro dos parâmetros do protocolo do hospital onde trabalha, visto que alguns usam um pouco mais de ocitocina, ficam mais preocupados com o tempo de evolução do parto, enquanto outros são mais tranquilos e deixam o processo acontecer mais naturalmente.

A violência obstétrica não está presente apenas no momento do parto, mas também durante o puerpério e nos cuidados com o recém-nascido. Uma das participantes reforçou a importância da atenção e cuidado às parturientes no período pós-parto imediato (período de Greenberg). Ela acredita que este cuidado deve ser realizado em uma sala com privacidade e conta que o cuidado à puérpera, muitas vezes, tem sido realizado em um corredor no setor onde trabalha.

A violência obstétrica ela está presente hoje em vários, vários, vários momentos e não só na obstetrícia! No puerpério! Na neonatologia! A violência está muito presente! (P19 – Enfermeira Residente).

Uma das participantes revelou que em um dos artigos sobre a pesquisa Nascer no Brasil uma das mulheres teria mencionado que o cuidado no trabalho de parto e parto foi satisfatório, pois ela e o bebê sobreviveram. A entrevistada considerou o fato como cruel, pois a mulher considerou que seu atendimento foi bom porque ela e o bebê estavam vivos, sendo que isto é o mínimo necessário para um bom atendimento ao parto. Ela ainda citou que os profissionais violentam as mulheres de diversas formas e acreditam que está tudo bem quando na realidade não está.

Necessitando prevenir a violência obstétrica desde o pré-natal

Uma das participantes do estudo acredita que além do empoderamento feminino deve-se ter um diálogo com a sociedade e educar os homens para terem uma postura de respeito com a mulher em relação à sexualidade e suas decisões e também a assumir a paternidade. Outra participante acredita que é no pré-natal que se deve começar a prevenir a violência obstétrica, pois a mulher quando conhece os seus direitos saberá que não precisará passar por momentos de violência ou intervenções desnecessárias.

O maior prevensor, digamos assim, da violência é a atenção básica! Eu acho que é lá que começa! É no pré-natal! Quando a mulher tem noção dos seus direitos e quando ela tem noção do que ela deve passar no processo de parir, ela começa a entender que o que ela... Que ela não precisa de uma episiotomia! Que uma manobra de Kristeller já é condenada desde 1996! (P19 – Enfermeira Residente).

DISCUSSÃO

Constatou-se por meio deste estudo que a violência obstétrica institucional ocorre por parte dos diversos profissionais da saúde e de diversas formas, e que ela pode ser física, psicológica, verbal, ou através de intervenções e procedimentos que, muitas vezes, são desnecessários. Estudos evidenciam que o principal protagonista da violência obstétrica institucional é a equipe médica, seguido pela enfermagem. O saber-poder dos profissionais de saúde, especialmente, os da área médica e da enfermagem, utilizada na expropriação do corpo da mulher no momento do parto e do uso de práticas que denotam violência obstétrica institucional estão no cerne de tais práticas de violência^{3,9}.

Outros estudos referem que os tipos de violência obstétrica mais cometidas pelos profissionais são as violências físicas e verbal. Quanto à violência física, esta ocorre através das intervenções como a Episiotomia, manobra de kristeller e toques vaginais doloridos^{3,10}.

Por sua vez, estudos apontam que a violência verbal é um tipo de violência também psicológica porque utiliza comentários com o intuito de denegrir a imagem da mulher e de negar o reconhecimento de seu estado particular durante o seu processo de parir e o seu estado emocional, dificultando o trabalho de parto e parto, por meio de julgamentos e culpabilização da mulher, evidenciada por falas grosseiras, desrespeitosas e discriminatórias que a deixam apavorada e insegura¹¹.

Nesse sentido, é preciso que profissional de saúde tenha um olhar sensível para as crenças, costumes e hábitos de cada mulher e sua família, tendo uma escuta sensível às singularidades do outro, a fim de modificar o modelo assistencial instalado e resgatar a humanização no atendimento obstétrico nas maternidades.

Este estudo mostrou também que o modelo intervencionista, ou seja, tecnocrático, por meio do qual se valoriza e se realiza as intervenções obstétricas, inclusive, sem necessidade, está relacionado com a formação dos profissionais médicos, formados neste modelo e que buscam perpetuá-lo. Nesta direção, os procedimentos desnecessários são vistos como condutas normais adotadas pelos médicos, tanto por parte da sociedade como pelas próprias mulheres¹².

Como resultado, no Brasil tem-se uma alta prevalência de violência obstétrica demonstrada pelo excesso de intervenções desnecessárias, principalmente, pelo uso da venóclise, ocitocina de rotina, episiotomia e o excesso de cesáreas (55,6% no total), que constituem 40% no setor público e 85% no setor privado. Por outro lado, ocorre a privação da assistência baseada em boas práticas, tais como a presença de um acompanhante de escolha da mulher, a possibilidade da parturiente se alimentar e se movimentar durante o trabalho de parto e a realização do parto na posição verticalizada⁵.

Para reverter o quadro de violência obstétrica no Brasil, são propostas ações de prevenção quaternária, tais como: a elaboração individual e coletiva de planos de parto orientados pelas equipes de saúde durante o pré-natal; a melhoria no cuidado clínico e apoio às gestantes, parturientes e puérperas com a introdução de outros profissionais (não médicos) qualificados no cuidado ao parto de risco habitual; e a participação e suporte dos profissionais da atenção primária à saúde e suas associações no movimento social e político pela reivindicação da “humanização” da assistência no pré-natal e parto, com apoio às mudanças necessárias nas maternidades já em funcionamento e às novas iniciativas de serviços de cuidado ao parto⁵.

Em relação às intervenções obstétricas, a pesquisa Nascir no Brasil realizada entre 2011 e 2012, a partir de 23.894 entrevistas realizadas com mulheres brasileiras de todo país constatou que o uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, a manobra de Kristeller 37%, a episiotomia 56%, a litotomia 92%, e a cesárea 45,5% (mais altas na Região Norte e mais baixas na Região Sudeste). A cesariana foi menos frequente nas usuárias do setor público, com menor escolaridade, múltiparas e não brancas ao passo que o uso de ocitocina e amniotomia foi maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade¹³.

Sobre estas práticas a nenhuma mulher foi solicitado o consentimentos ou fornecida explicação quanto a indicação da mesmas, caracterizando negligência. Trata-se da omissão dos profissionais de saúde para com as parturientes considerada como violência obstétrica, além de ferir o princípio de um cuidado humanizado, no que se refere a humanização, segurança, dignidade e qualidade da assistência. Este tipo de violência é reproduzida por meio da hierarquia e dominação do saber dos profissionais de saúde sobre o corpo da mulher, ferindo diretamente a autonomia a respeito daquilo que somente pertence a elas, os seus corpos¹³.

O presente estudo também revelou que a violência obstétrica está associada com o aumento no índice de cesáreas. E isso pode ser explicado pelo fato das mulheres, por medo de sofrerem violência obstétrica, optarem por uma cesariana eletiva.

Estudo aponta que o momento do parto passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à vida, já que perdem seu papel de protagonistas, tornando-se frágeis e submetendo-se a tecnologias, muitas vezes, violentas. Pelo desejo de evitar esse sofrimento, a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, já que o parto vaginal pode ser considerado degradante. Nesse sentido, a cesárea se tornou uma solução mais prática e rápida, na qual a mulher não permanece por tanto tempo em trabalho de parto no hospital e, através da medicalização, o tempo da dor é mais curto e o procedimento mais “limpo”¹³.

Nesse sentido, o uso excessivo da cesariana nas últimas três décadas tem sido associado aos seguintes fatores, considerados determinantes: o maior pagamento dos honorários profissionais para a cesárea, a economia de tempo e a realização clandestina da laqueadura tubária no momento do

parto. Por essas razões, vários obstetras foram se sentindo pouco preparados para acompanhar o parto, e essas situações viraram uma cultura pró-cesárea na população em geral e entre os médicos¹.

Outro aspecto evidenciado claramente neste estudo é que o cuidado continua centrado nos profissionais e não no usuário. Importa aquilo que é mais conveniente ao profissional e, a mulher, muitas vezes, é desrespeitada, especialmente, no que diz respeito ao seu direito de escolha, como a escolha para ter o seu parto na sala de pré-parto quando o bebê já está nascendo. Os estudos recomendam a adoção de posições verticalizadas, pois podem reduzir o período do trabalho de parto e não estão associadas com o aumento de intervenções ou efeitos negativos sobre o bem estar das mães e recém-nascidos¹⁴⁻¹⁵.

No entanto, um estudo mostra a preferência dos médicos pela posição horizontal da parturiente na hora do parto, sendo dito que a vertical incomoda o profissional e só é realizada quando há consenso no serviço ou, muito raramente, quando as usuárias a solicitam, pois, a tecnologia hospitalar foi toda adequada para o parto que favorece o parteiro, no caso o médico, que prefere a posição horizontal por achá-la mais confortável para si⁵.

Para que se tenha um sistema de cuidados à saúde efetivo torna-se necessário um corpo de profissionais adequados para a sua execução¹⁶. Por sua vez, a oferta de serviços qualificados e centrados nos usuários pressupõe não só a reforma nos programas de ensino, mas também a re-engenharia da força de trabalho em saúde, bem como a revalorização dos serviços prestados pelos profissionais¹⁶⁻¹⁷.

O presente estudo mostrou também que para evitar que a mulher seja submetida à violência obstétrica institucional ou a intervenções desnecessárias é preciso prevenir a violência obstétrica desde o pré-natal para que ela tenha noção dos seus direitos, ter um diálogo com a sociedade e buscar educar os homens para que tenham uma postura de respeito para com as mulheres.

Neste sentido, uma das formas de se opor ao autoritarismo médico que ainda perdura nas práticas obstétricas das maternidades brasileiras é promover o protagonismo e a autonomia das mulheres. Isso pode ser por meio do plano de parto, que é uma ferramenta que pode garantir uma melhor qualidade do cuidado durante o processo de parir e ter uma experiência mais satisfatória nesse momento⁵. Ampliar os conhecimentos sobre o cuidado prestado às mulheres em trabalho de parto e parto é fundamental para a avaliação do processo de atenção no atendimento obstétrico nas maternidades¹⁸⁻²⁰.

Nesse sentido, a política pública da saúde reprodutiva das mulheres deve imperar o protagonismo da mulher no processo parturitivo, resguardando a sua autonomia e direitos. Assim, é essencial um cuidado acolhedor e qualificado, deixando as usuárias do serviço mais satisfeitas quanto a qualidade da atenção ofertada. Percebe-se ainda que a qualidade desse atendimento, muitas vezes, acaba dependendo muito mais da equipe de saúde do que da própria instituição, pois para dar

conta deste processo de humanização do cuidado obstétrico é necessário que se tenha profissionais de saúde humanizados.

Limitações do Estudo

O estudo apresenta como limitação o fato de ter sido realizado apenas com profissionais de saúde envolvidos no processo de nascimento e não ter incluído como participantes as mulheres que já vivenciaram o parto/nascimento de seus filhos. Neste sentido, fica a sugestão de se realizar outros estudos sobre o mesmo tema, incluindo também mulheres e seus familiares.

Contribuições para a Área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Este estudo reforça a necessidade de mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal a partir de investimentos na formação e capacitação dos profissionais de saúde para o modelo de cuidado humanizado, da importância de empoderar as mulheres desde o pré-natal para que tenham noção dos seus direitos e da promoção do diálogo com a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se por meio deste estudo que a violência obstétrica institucional ocorre por parte dos diversos profissionais de saúde e de diversas formas, e que ela pode ser física, psicológica, verbal, ou através de intervenções e procedimentos que, muitas vezes, são desnecessários. O cuidado continua centrado nos profissionais e não no usuário.

Esse modelo intervencionista, ou seja, tecnocrático, por meio do qual se valoriza e se realiza as intervenções obstétricas, inclusive, sem necessidade, está relacionado com a formação dos profissionais médicos que foram formados neste modelo e que buscam perpetuá-lo. E também está relacionado com o aumento do índice de casáreas.

FOMENTO/AGRADECIMENTO: As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro recebido através do Edital chamada MCTI/CNPQ/Universal 14/2014.

REFERÊNCIAS

1. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009 [citado 2018 Feb 20];19(2):313-26. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v19n2/12.pdf>.
2. World Health Organization (WHO). The prevention and elimination of disrespect and

abuse during facility-based childbirth. WHO [Internet]. 2015 [cited 2016 May 14]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf.

3. Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM. [‘They treat you like you are not a human being’: maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana]. *Midwifery*. 2014;30(2):262-8. doi: 10.1016/j.midw.2013.05.006.
4. Pickles C. [Eliminating abusive ‘care’: a criminal law response to obstetric violence in South Africa]. *SACQ*. 2015;54(2015):5-16. doi: 10.4314/sacq.v54i1.1.
5. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-12. doi: 10.5712/rbmfc10(35)1013.
6. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
7. Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288 p.
8. Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing Grounded Theory. 4. ed. SAGE publications, Inc.; 2015. 456 p.
9. Zacher-Dixon L. [Obstetrics in a time of violence: mexican midwives critique routine hospital practices]. *Med Anthropol Q*. 2015;29(4):437-54. doi: 10.1111/maq.12174.
10. Pintado-Cucarella S, Penagos-Corzo JC, Casas-Arellano MA. Síndrome de desgaste profissional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*. 2015 [citado 2017 ago 20];83(3):173-8. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom153f.pdf>.
11. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. *Rev Rene*. 2014 15(2):362-70. doi: 10.15253/2175-6783.2014000200022.
12. Cunha CD, Cabral HLTB, Novais AAL, Ribeiro LMTB, Souza CHM. A violência obstétrica e a dignidade da parturiente. *Revista Transformar* [Internet]. 2018 [citado 2018 dez 10];12(1):170-196. Disponível em: <http://www.fsj.edu.br/transformar/index.php/transformar/article/view/159/129>.
13. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014;30(suppl):S1-S31. doi: 10.1590/0102-311X00151513.
14. Weitlauf JC. [Informed passion: addressing the intersection of violence against women and contemporary obstetrical practice]. *The American Journal of Bioethics* [Internet]. 20113 [cited 20174 Mar 5];11(12):67-9. doi: 10.1080/15265161.2011.613528.

15. Vargas PB, Vieira BDG, Alves VH, Rodrigues DP, Leão DCMR, Silva LA. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. *J. res.: fundam. care Online*. 2013 6(3):1021-1035. doi: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p1021.
16. Mendes IAC, Ventura CAA. Nursing protagonism in the UN Goals for the people's health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2864. doi: [doi: 10.1590/1518-8345.0000.2864](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2864).
17. Darzi A, Evans T. [The global shortage of health workers - an opportunity to transform care]. *Lancet*. 2016; 388(10060):2576-7. doi: [10.1016/S0140-6736\(16\)32235-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32235-8).
18. Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS, Peres AM, Oliveira FAM. Práticas de atenção perinatal em maternidades de risco habitual: avaliação na perspectiva de mulheres. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2016 [citado 2018 Mar 15];21(2):01-08. Disponível em: <http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/44426-179470-1-PB.pdf>.
19. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2016;16(1):29-37. doi.org/10.1590/1806-93042016000100004.
20. Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013;15(3):648-55. doi: 10.5216/ree.v15i3.18588.