

A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional

Physicians' perception of the dimensions of obstetric and/or institutional violence (abstract: p. 15)

La percepción de los médicos sobre las dimensiones de la violencia obstétrica y/o institucional (resumen: p. 16)

Maristela Muller Sens^(a)

<maristelams@hotmail.com> 

Ana Maria Nunes de Faria Stamm^(b)

<anamnfstamm@gmail.com> 

^(a) Serviço de Ginecologia e Obstetria, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Rua Profa. Maria Flora Pausewang, s/n, Trindade. Florianópolis, SC, Brasil. 88036-800

^(b) Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil.

A violência obstétrica/institucional (VO/VI) é um assunto de discussão atual no Brasil e no mundo. Este estudo objetivou avaliar a percepção de médicos que prestam assistência ao parto em uma maternidade pública humanizada no sul do Brasil a respeito desta temática. Com base epistemológica qualitativa, a coleta de dados foi realizada por meio de questionário de perguntas abertas aplicado a 23 profissionais. A VO/VI foi analisada pelo método de análise de conteúdo e categorizada nas dimensões individual, institucional e relação humana. A primeira acontece na prática desatualizada, na negligência e nas condutas influenciadas pela judicialização da Medicina; a segunda refere-se às condições de trabalho e de infraestrutura, sobressaindo a falta de vagas e de analgesia e as inadequações da ambiência; e a última aparece na assimetria da relação humana e da relação médico-paciente quando há divergência de opinião na tomada de decisão.

Palavras-chave: Violência obstétrica. Violência institucional. Parto humanizado. Gênero.

Introdução

O parto é um evento que, em todas as sociedades, sempre foi cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos¹. 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 equívocos². Assim, o corpo feminino tornou-se objeto de direito dos médicos e, concebido em uma perspectiva medicalizada como essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso³, passa a ser submetido aos protocolos hospitalares e a diversas intervenções rotineiras, muitas das quais violentas e de eficácia duvidosa⁴. Uma das explicações para tal situação refere-se ao fato de a atenção ao parto ser orientada por um forte viés de gênero, que aborda a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de atuação⁵, ainda permeada pela culpabilização da sexualidade feminina.

Consolida-se, então, um modelo de assistência ao parto exclusivamente hospitalar, intervencionista e excessivamente medicalizado⁶, em que os riscos inerentes ao processo de parir são substituídos pelo risco potencial de certos tratamentos e intervenções³, reduzindo um evento social, cultural e de saúde, a um fenômeno patológico, médico e fragmentado².

A partir de 1970, há um crescente reconhecimento desse 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 saúde³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publica, em 1985, recomendações para assistência ao parto, revisadas em 1996, que sintetizam as evidências de pesquisas, orientam a revisão de protocolos com o uso de tecnologia apropriada e defendem a legitimidade da participação da parturiente nas decisões^{2,7}. 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 neonatal⁸. 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)³.

A expressão violência obstétrica foi pela primeira vez adotada na Venezuela, em 2017, definida como “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”, sendo reconhecida como uma forma de violência contra a mulher e um grave problema social, político e público⁹.

A relevância desse tipo de violência como problema legítimo de saúde pública e de violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres foi corroborada pela recente declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹⁰, publicada em seis idiomas e intitulada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”. Nessa publicação, são descritas diversas categorias e exemplos de VO/VI, associados à falta de qualidade e de recursos dos serviços de saúde, bem como à inacessibilidade geográfica, financeira e cultural, que são formas adicionais de violência estrutural que predispõem a manifestação da violência obstétrica que ocorre dentro das instituições de saúde¹⁰.

Apesar dos esforços da comunidade científica e dos movimentos sociais, a implementação de políticas de humanização do nascimento enfrenta desafios como

qualquer processo de mudança¹¹. Recentemente, 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 baixas de boas práticas, como a presença constante de um acompanhante (18%)¹².

A VO/VI ganha relevância e visibilidade a partir da sua compreensão por diferentes campos, sendo o movimento social de crucial importância nesse processo, em especial o de mulheres e consumidoras de saúde¹³. Ao falarem sobre o tema, estão reivindicando, de modo ativo, a sua posição enquanto vítimas e o reconhecimento social da violência que lhes foi infligida¹⁴, também configurada como uma violência institucional e de gênero¹⁵.

Recentemente, algumas medidas foram criadas para inibir, conscientizar e problematizar o assunto. No estado de Santa Catarina, em 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 obstétrica¹⁶, justo um ano após a aprovação da lei das doulas (nº 16.869, de 16 de janeiro de 2016), que obriga as maternidades a permitirem a sua presença, independentemente do acompanhante¹⁷.

No entanto, algumas práticas não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas, e isso acaba possibilitando que muitas condutas sejam aceitas por eles, no cotidiano da assistência, como toleráveis ou mesmo necessárias, o que contribui para um processo de banalização da violência institucional¹⁸. Assim, a violência geralmente não ocorre devido a equipes ou indivíduos mal treinados, nem se configura como exceção de comportamento, mas, na maioria das vezes, na realização de procedimentos que compõem o protocolo dos serviços de assistência, também em hospitais-escola¹⁵.

Diante do exposto, mesmo que as evidências sugiram que a experiência de desrespeito e maus-tratos às mulheres durante a assistência ao parto sejam 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 conhecidos. Enquanto as organizações governamentais e da sociedade civil, no mundo, destacam a necessidade de abordar o problema, nem sempre políticas para promover a assistência obstétrica respeitosa são adotadas ou 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 eliminação¹⁰.

Considerando que a maior parte dos estudos sobre VO/VI está centrada na perspectiva das mulheres – usuárias de serviços de assistência ao pré-natal, parto, pós-parto e aborto – e a relevância de que a discussão esteja intrinsecamente relacionada ao significado percebido por elas, propomos uma pesquisa para identificar a percepção de médicos que acompanham partos, em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, sobre este tema polêmico e atual, aprofundando a reflexão por meio das dimensões individual, institucional e da relação humana.

Metodologia

Esta é uma pesquisa com base epistemológica qualitativa, realizada em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, no sul do Brasil, no período de fevereiro a setembro de 2016, com amostra de 23 médicos envolvidos na assistência ao parto. A coleta de dados foi feita por questionário com perguntas abertas e escala de Likert e a análise, pela técnica de análise de conteúdo, com a definição de categorias por aproximação temática. A estatística descritiva foi aplicada para variáveis categóricas – proporção – e contínuas – média e desvio padrão (DP). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos sob o número CAAE 42365215.3.0000.0121 e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O termo violência institucional foi utilizado como sinônimo de violência obstétrica, para manter ambas as nomenclaturas utilizadas na coleta de dados, quando optamos por utilizar alternativamente o termo “institucional”, referenciado em estudo anterior¹³, com o intuito de evitar a “recusa epistemológica” e o desconforto aos entrevistados que não estivessem de acordo com a denominação VO. Apesar de não serem sinônimos, a VO se posiciona como uma forma de VI, mas pode acontecer dentro ou fora de uma instituição¹⁹.

Resultados e discussão

Perfil dos entrevistados

Os 23 participantes são médicos plantonistas que atuam no centro obstétrico de uma maternidade pública, sendo 16 especialistas em ginecologia e obstetrícia e sete em processo de formação (residência médica). A idade variou entre 25 a 57 anos, com 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 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, como atendimento em consultório, procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos e/ou docência. Esses profissionais atendem, em média, 10 gestantes em trabalho de parto por semana.

Esse perfil dos entrevistados reflete a demografia médica no Brasil, e, em relação à variável cor, a realidade da população médica brasileira e da região sul²⁰.

Dimensões da violência obstétrica/institucional

Todos os profissionais entrevistados afirmaram ter conhecimento sobre o termo VO/VI, o que trouxe embasamento na sua percepção, e contemplaram definições como as expostas a seguir:

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)

São atos 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)

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, como ilustra o obstetra M16:

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 denominá-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, há diferentes nomenclaturas para designar VO, tais como violência institucional (no parto)^{13,18}; desrespeito; maus-tratos e abuso na atenção obstétrica¹⁰; violência de gênero no parto e aborto²¹; e violência no parto¹⁹. A Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa-1993) optou 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 violência²². O termo violência pode ser definido como a transformação de uma diferença em desigualdade em uma relação hierárquica de poder, na qual o outro, tomado como objeto de ação, tem sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas¹³.

A consideração dos entrevistados de que o termo induz a polêmica desperta curiosidade e necessita reflexão, pois vivenciamos uma revolução na forma como a informação é produzida, consumida e disseminada. As novas mídias são mais rápidas do que os meios tradicionais, fazendo com que algumas questões sejam divulgadas e tornem-se temas de discussão²³, como a VO/VI, que, apesar de ser um tema novo enquanto fenômeno, tem se tornado público rapidamente. Observamos que 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”, como colocado pelo entrevistado 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”, que tem produzido grande indignação entre os obstetras por impregnar agressividade que beira a histeria²⁴, e sugerem a denominação de “violência no parto”, que envolve as más condições do local do atendimento, assim os outros atores que participam do processo²⁵.

Há uma rejeição em aceitar que a violência existe, até porque ela tem sido atrelada à relação médico-paciente autoritária e a procedimentos inadequados, que fazem parte do protocolo comum, e não à exceção de comportamentos inadequados ou inabilidade profissional. Questionar o paradigma desse modelo e a própria cultura médica obstétrica provoca perturbação¹⁵.

É possível que violência obstétrica seja um termo estratégico enquanto luta política e visibilidade de um problema, mas, em uma proposta de educação continuada ou mudança de cultura institucional, é preciso utilizar termos que gerem menos embate. A expressão “violência obstétrica” vem do movimento social, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres¹⁹, mas os obstetras em geral não validaram o termo. Contudo, os participantes deste estudo, ao serem solicitados a elaborar 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.

A proposta deste estudo foi analisar a VO/VI nas dimensões individual, institucional e da relação humana, compreendendo que a individual está relacionada à ação do profissional, da prática e das condutas profissionais individuais; que a institucional se refere às condições de trabalho e de infraestrutura; e que a da relação humana relaciona-se aos aspectos da interação profissional-paciente, bem como à percepção sobre a autonomia da mulher, decisão compartilhada e relação baseada na empatia. Elas permearam todas as possibilidades de violência e possibilitaram a análise multidimensional ao alternarem conceitos e aspectos de sua prática.

Observamos que essas dimensões estão presentes nas falas dos participantes, sejam as institucionais e individuais (M11) ou da relação humana (M16).

[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)

A dimensão da relação humana foi a mais citada (47% = 11/23), seguida da individual (34% = 8/23) e da institucional (26% = 6/23). Aguiar¹⁸, 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, as rotinas instituídas e a falta de conhecimento e respeito para com os direitos reprodutivos da mulher.

Em algumas situações, a dimensão individual, relativa à ação, parece sobrepor-se à dimensão da relação humana, cujo enredo é a interação entre os envolvidos na ação. No entanto, a primeira destina-se a categorizar a ação prática da assistência do profissional, enquanto a última, os aspectos de relacionamento entre os envolvidos.

Quando autores se referem à materialização da VO/VI como negligência, violência verbal (ameaças e humilhações intencionais) e violência física (incluindo a não utilização de analgesia e a realização de cirurgias desnecessárias e indesejadas), além do abuso sexual²², percebemos que as dimensões individuais e de relação humana podem estar entrelaçadas.

Apesar deste estudo estar centrado na percepção dos médicos sobre esse tema, a violência obstétrica também é perpetrada por outros profissionais envolvidos na assistência ao parto²⁶.

Dimensão Individual: Ação

Em uma revisão sistemática recente, 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 médico²⁶. Isso implica que a decisão individual do profissional em relação a sua ação está além dos elementos estruturais aos quais está ou não submetido e subordinado¹⁸. Assim, a modificação na assistência obstétrica também depende da disponibilidade dos profissionais de saúde à mudança²⁶.

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.

Embora muitos entrevistados tenham configurado a prática desatualizada como VO/VI, no Brasil, a obstetrícia tem sido pouco permeável às evidências científicas, propiciando a persistência de tecnologias inapropriadas na assistência ao parto e a perpetuação de intervenções inseguras, dolorosas e desnecessárias^{27,28}.

[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 muitas vezes a VO/VI é ignorada até mesmo por suas próprias vítimas²⁹ e admitida como rotina pelos profissionais. A prática é muito mais orientada

por crenças individuais, hábitos, rotinas e condutas pessoais e da instituição do que baseada nas melhores evidências⁷, e a novidade não é a sua ocorrência, mas sim a sua problematização²⁸.

A formação dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, tem papel estruturante no desenho atual da assistência e na resistência à mudança³⁰ e, por isso, a prática médica pode ser descolada do balizamento ético, priorizando competências em detrimento de valores como o cuidado²².

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

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 dimensões²⁶: na individual, quando está presente a indiferença, o abandono e a banalização do sofrimento; na institucional, na peregrinação pela busca de vaga ou disponibilidade de analgesia; e na relação humana, pela falta de informação, orientação e esclarecimentos à paciente¹⁸.

Em relação ao parto cirúrgico, foram identificadas no relato dos entrevistados a não realização de cesariana a pedido da gestante atendida no SUS e 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 e colaboradores⁵ observaram que a preferência das mulheres nem sempre é o fator decisivo na determinação do tipo de parto, sendo esta, primordialmente, uma decisão médica. Existe uma divergência entre a expectativa inicial das mulheres e o desfecho do parto, com uma proporção de cesariana muito superior ao desejado pelas mulheres inicialmente. O modelo intervencionista de assistência e a experiência traumática no parto são fatores que predisõem esse fato.¹⁵

No SUS, a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto é limitada e seu desejo não é considerado indicação para uma cesariana³¹, enquanto nos serviços

privados essa opção existe, o que é coerente com a hipótese de a cesárea ter se tornado um bem de consumo.⁵

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 normal³². O maior número de intervenções para abreviar o parto são mais bem vistos pelos tribunais do que o parto normal³³.

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 médica⁶, com risco real de processos profissionais²⁷. Isso começa a perturbar emocionalmente o médico, contribuindo para a consolidação de uma “medicina defensiva” e a mentalidade de inclinação litigiosa.

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 normas 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 predispõem a sua ocorrência. Em relação à instituição em que foi desenvolvida a pesquisa, a maioria acredita que a violência 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 vinculadas à violência.

Estudos prévios corroboram os aspectos relacionados aqui às condições de trabalho. A violência nas maternidades – relacionada à estrutura, recursos humanos e materiais – também é reflexo da precariedade do sistema, que submete seus profissionais a condições desfavoráveis – como falta de recursos, baixa remuneração e sobrecarga na demanda assistencial –, bem como restringe o acesso aos serviços oferecidos, incorrendo, entre outros fatores, na peregrinação em busca de uma vaga na rede pública¹⁸.

O relato a seguir 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 público, 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, anulação dos direitos da gestante e, conseqüentemente, uma forma de violência³⁴.

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 atitude dos profissionais no ambiente³⁵. 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 Ministério da Saúde, 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)³⁵, e a solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização³⁶. Esse procedimento está incluído na tabela de remuneração do SUS e sua recusa é reconhecida como uma forma de VO/VI na recente lei do estado de Santa Catarina (Lei 17.097, de 2017)¹⁶.

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 foram observadas por grande parte dos entrevistados como uma questão relacionada à VO/VI.

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

Nesse embate, a justificativa dos anestesistas em relação à 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”³⁷. Essa situação configura um desafio institucional, tanto na definição de responsabilidades para solucionar a questão, quanto no respeito ao ato médico sem negligenciar o sofrimento do outro. Quando a dor do parto deve ser suportada, sem nenhuma possibilidade de escuta e negociação, remete a uma banalização da VO/VI².

Faz-se relevante refletir sobre as questões institucionais que predisõem 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 à existência da outra³³. É fato que existem condições de trabalho inadequadas e que predisõem a VO/VI, configurando 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; a decisão compartilhada; o respeito

à 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 comunicacional³⁸.

[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 Aguiar¹³, 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 autonomia³⁹.

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 esse 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 consentimento²⁷.

No entanto, quando surgem questionamentos, recusas e contestação da autoridade médica, da conduta prescrita ou das rotinas da instituição, ocorrem abalos no entendimento dos limites da autonomia da mulher. Nessa situação, o profissional apresenta dificuldade em sustentar o respeito à autonomia⁴⁰.

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 à autoridade técnico-científica deste¹⁸. A autoridade médica surge na fala dos entrevistados em vários momentos, e a assimetria na relação médico-paciente fica mais clara quando se refere à tomada de decisão em que há divergência de opinião.

Em vários estudos sobre a assistência nas maternidades, é demonstrado que a obediência é uma qualidade esperada da paciente²⁶, sendo que a não obediência é percebida pelos profissionais como desrespeito, ignorância ou agressividade¹³. 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 profissional²⁶. 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 saúde¹³.

Considerações finais

A violência institucional e/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 polêmicos e de divergência entre os envolvidos.

A nomenclatura desagrada os profissionais, que criticam a forma como o obstetra é responsabilizado e o papel da mídia como contribuição 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. Essa proposta de categorização possibilita uma análise multidimensional do tema e a interação entre conceito e prática, esclarecendo os agentes e as condições que a predisõem.

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 à VO/VI. Na institucional, a condição oferecida pode predispor e influenciar a ocorrência de violência, estando entre as questões preponderantes a falta de vagas, de analgesia e de privacidade, bem como outras relacionadas à ambiência e às rotinas da instituição. Outrossim, na relação humana, a autonomia feminina surge como um direito ético inquestionável, cujo limite é estabelecido pelo profissional, e quando há divergência de opinião para tomada de decisão, a assimetria na relação torna-se evidente.

Apesar do importante avanço na construção, problematização e popularização do tema, o aprofundamento da discussão e a 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.

Contribuições das autoras

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Aos profissionais que, voluntariamente, participaram da pesquisa.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. Domingues RM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Suppl 1:52-62.
2. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 Suppl 2:419-27.
3. Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):627-37.
4. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saude Publica*. 1994; 10 Suppl 1:146-55.
5. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saude Publica*. 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, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016; 24(47):47-55.
8. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):209-20.
9. D'Gregorio RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 111(3):201-2.
10. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
11. Leitão FJ. Autonomia da mulher em trabalho de parto [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2010.
12. Leal MC et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 Suppl 1:S17-32.
13. Aguiar JM, D'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(1):2287-96.
14. Pulhez MM. A violência obstétrica e as disputas em torno dos direitos sexuais e reprodutivos. In: *Anais do 10o Seminário Internacional Fazendo Gênero*; 2013; Florianópolis, SC. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
15. Palharini LA. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. *Cad Pagu*. 2017; (49):e174907.



16. Santa Catarina (Estado). Lei nº 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. Diário Oficial da União. 19 Jan 2017.
17. Santa Catarina (Estado). 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. Florianópolis; 2016.
18. 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.
19. 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.
20. Scheffer M, Cassenote A, Guilloux AGA, Biancarelli A, Miotto BA, Mainardi GM. Demografia médica no Brasil 2018. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Conselho Federal de Medicina; 2018.
21. D'Oliveira AF, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359(9318):1681-5.
22. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HF, Carvalho PG, Carvalho PC, Aguiar CA, et al. 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*. 2015; 25(3):377-84.
23. 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/
24. Melo VH. Violência obstétrica e contra o obstetra: a dor além do parto. *Belo Horizonte: Informativo Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia de Minas Gerais (Sogimig)*; 2014. p.7-11.
25. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Carta de Aracajú aos obstetras do Brasil. *J Febrasgo [Internet]*. 2015 [citado 1 Dez 2015]. Disponível em: <https://amb.org.br/noticias/carta-de-aracaju-febrasgo-aos-obstetras-brasil/>
26. Santos RC, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estação Cient UNIFAP*. 2015; 5(1):57-68.
27. Costa SI, Oselka G, Garrafa V. Iniciação a bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
28. Diniz CS, 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 (Botucatu)*. 2016; 20(56):253-9.
29. Carvalho CA. Violência obstétrica: uma análise sob o prisma dos direitos fundamentais [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
30. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(24):215.



31. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Processo de decisão pelo tipo de parto. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 Suppl 1:101-16.
32. Diniz C. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001.
33. Andrezzo HF. O desafio do direito a autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
34. 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):614-20.
35. 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.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Conitec. Relatório de recomendação. Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
37. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.802, de 4 de Outubro de 2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Brasília: CFM; 2006.
38. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface (Botucatu)*. 1997; 1(1):123-40.
39. Gotardo GI, Silva IA. Refletindo sobre a prática obstétrica à luz de um modelo de relacionamento humano. *Cienc Cuid Saude*. 2007; 6(2):245-51.
40. Sens MM, Stamm AMNF. Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente. *Interface (Botucatu)*. Forthcoming 2019; 23:e180487.

Obstetric/institutional violence (OV/IV) is being widely discussed in Brazil and around the world. The objective of this study was to evaluate the perception of physicians providing childbirth assistance in a public humanized maternity in Brazil on this subject. Based on a qualitative epistemological study, the data was collected by applying a questionnaire to 23 medical professionals. OV/IV was assessed by content analysis and categorized in the following dimensions: individual, institutional, and human relation. In the first dimension, OV/IV occurs in the form of dated practices, negligence, and conducts influenced by the judicialization of Medicine; in the second dimension, it refers to working and infrastructure conditions, especially the lack of hospital bed vacancies and analgesia, and an inadequate ambience; in the third and last dimension, OV/IV shows up in the asymmetries of the human relation and of the patient-doctor relationship when there are disagreements in the decision-making process.

Keywords: Obstetric violence. Institutional violence. Humanized birth. Gender.



La violencia obstétrica / institucional (VO/VI) es un asunto de discusión actual en Brasil y en el mundo. El objetivo de este estudio fue evaluar la percepción de médicos que prestan asistencia al parto en una maternidad pública humanizada en el sur de Brasil, con relación a esta temática. Con base epistemológica cualitativa, la recolección de datos se realizó por medio de un cuestionario de preguntas abiertas respondido por 23 profesionales. La VO/VI se analizó por el método del análisis de contenido, categorizadas en las dimensiones: individual, institucional y de relaciones humanas. En la primera, tiene lugar 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, subrayándose la falta de plazas, de analgesia y las inadecuaciones de ambiente; y en la última aparece en la asimetría de las relaciones humanas y de médico/paciente cuando hay divergencia de opinión en la toma de decisiones.

Palabras clave: Violencia obstétrica. Violencia institucional. Parto humanizado. Género.

Submetido em 22/12/17.

Aprovado em 27/02/19.