



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**CAROLINE DA SILVA DINIZ**

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Rio de Janeiro

2022

CAROLINE DA SILVA DINIZ

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Lucas Tramontano

Rio de Janeiro

2022

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

CAROLINE DA SILVA DINIZ

### **PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS SOBRE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de especialista em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 23 de março de 2022.

---

Prof. Dr. Lucas Tramontano (Orientador)  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - UFRJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - UFRJ

---

Dr<sup>a</sup>. Stephania Gonçalves Klujsza  
Departamento de Antropologia - Universidade Federal Fluminense

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elaine Reis Brandão  
Instituto de Estudos em Saúde Coletiva - UFRJ

Ao Eduardo,  
pela parceria de vida.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Professor Lucas Tramontano, por ter acreditado em mim. Obrigada pelas orientações e valiosas contribuições ao longo do processo de construção deste trabalho. Que desde a graduação contribuiu para a ampliação do meu olhar no campo da saúde suscitando reflexões e perfeitas colocações. Vê-lo discursar sobre qualquer tema é hipnotizante.

À minha mãe Rose, irmã Ana Luiza, tia Marciana e avó Vânia (em memória) por sempre incentivarem meus estudos e me confortarem nos momentos difíceis. Obrigada pelo carinho e amor. Sem o alicerce de vocês, nada disso seria possível. Vocês são fundamentais em minha vida, a quem devo tudo.

Ao Eduardo, parceiro e amigo, com quem amo partilhar a vida. Obrigada pela compreensão e pelo apoio em todos os momentos. Com você me sinto mais viva e mais sortuda todos os dias.

Aos profissionais que gentilmente se disponibilizaram a participar da pesquisa e dividir experiências pessoais e profissionais. Vocês fazem parte da essência deste trabalho.

À Professora Lourdinha e Stephania, por terem aceitado fazer parte da banca e pela disponibilidade para leitura deste trabalho. Obrigada por compartilharem seus conhecimentos e pelo acolhimento.

*me levanto  
sobre o sacrifício  
de um milhão de mulheres que vieram antes  
e penso  
o que é que eu faço  
para tornar essa montanha mais alta  
para que as mulheres que vierem depois  
de mim  
possam ver além*

***Rupi Kaur***

## RESUMO

DINIZ, Caroline da Silva. **Percepções de profissionais sobre violência obstétrica.** Monografia (Residência em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

**Introdução:** O presente estudo visa abordar a discussão sobre a violência obstétrica (VO) a partir da análise de discurso de profissionais de obstetrícia de medicina e enfermagem da cidade do Rio de Janeiro. A VO é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos da mulher por profissionais de saúde, através de tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais, que acabam resultando na perda de autonomia da gestante e de sua capacidade de decidir de maneira livre sobre seu corpo e sexualidade. **Objetivo geral:** analisar e comparar a percepção que profissionais de saúde da obstetrícia possuem a respeito da temática. **Objetivos específicos:** identificar diferenças e semelhanças no discurso do(a) profissional de enfermagem e medicina sobre as práticas violentas no parto, confirmar a utilização de práticas consideradas prejudiciais no parto normal, conhecer as justificativas de profissionais para a utilização de práticas prejudiciais ao parto e refletir sobre diferenças na formação de profissionais de saúde obstetras e seu impacto na prática clínica. **Metodologia:** foi realizado um levantamento bibliográfico acerca do tema e aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado com 4 residentes em enfermagem obstétrica e 2 médicos obstetras. Através da análise das transcrições a partir de um olhar socioantropológico, foram definidas 3 categorias de análise: definição e práticas de VO; formação, cultura e justificativas; coibição da violência. Os resultados e conclusões indicam a manutenção da VO e expõem diferenças na formação de profissionais de saúde associadas à identificação e prevenção de práticas violentas no cotidiano profissional. E, apesar de demonstrarem conhecimento e atualização limitados sobre as condutas recomendadas, somente as enfermeiras mantêm o alinhamento da teoria com a prática. Ainda assim, ambas as categorias profissionais reconhecem principalmente as ações mais graves de VO, mas os profissionais de medicina seguem fazendo por hábito ou buscando acelerar o trabalho.

**Palavras-chave:** Parto. Violência. Violência obstétrica.

## ABSTRACT

DINIZ, Caroline da Silva. **Perceptions of professionals about obstetric violence.** Monografia (Residência em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

**Background:** The present study aims to approach the discussion about obstetric violence (OV) from the discourse analysis of medical and nursing obstetrics professionals in the city of Rio de Janeiro. OV is the appropriation of the woman's body and reproductive processes by health professionals, through dehumanized treatment, abuse of medicalization and pathologization of natural processes, which end up resulting in the loss of the pregnant woman's autonomy and her ability to decide freely about their body and sexuality. **Objectives:** to analyze and compare the perception that obstetric health professionals have on the subject. To identify differences and similarities in the discourse of nursing and medical professionals about violent practices in childbirth, confirm the use of practices considered harmful in normal childbirth, know the justifications of professionals for the use of harmful practices in childbirth and reflect on differences in the training of obstetric health professionals and their impact on clinical practice. **Methodology:** a bibliographic survey was carried out on the subject and a semi-structured interview script was applied with 4 residents in obstetric nursing and 2 obstetricians. Through the analysis of the transcripts from a socio-anthropological point of view, 3 categories of analysis were defined: definition and practices of VO; training, culture and justifications; restraint of violence. The results and conclusions indicate the maintenance of VO and expose differences in the training of health professionals associated with the identification and prevention of violent practices in the professional routine. And, despite demonstrating limited knowledge and updating on recommended conducts, only nurses maintain the alignment of theory with practice. Even so, both professional categories mainly recognize the most serious actions of OV, but medical professionals continue to do it out of habit or seeking to speed up the work.

**Keywords:** Childbirth. Violence. Obstetric violence.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APS	Atenção Primária em Saúde
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
VO	Violência Obstétrica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
3.1 DAS CASAS PARA AS MACAS: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO.....	14
3.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	16
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>22</b>
5.1 DEFINIÇÃO E PRÁTICAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA.....	22
5.2 FORMAÇÃO, CULTURA E JUSTIFICATIVAS.....	25
5.3 COIBIÇÃO DA VIOLÊNCIA .....	32
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>41</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho visa discutir as práticas de violência obstétrica (VO) entre profissionais de saúde, partindo do olhar de duas categorias profissionais diretamente envolvidas na assistência obstétrica da cidade do Rio de Janeiro.

Minhas inquietações acerca do tema iniciaram a partir de uma conversa com uma amiga que trabalhava em uma maternidade. Durante o trajeto de 30 minutos de ônibus que fazíamos ao voltar da faculdade de graduação em Saúde Coletiva, ela me fez perceber que tudo o que eu achava que sabia sobre parto e nascimento estava errado. Lembro de pensar “as pessoas não têm noção disso!” e imediatamente me interessar pelo tema.

Conforme o aumento de entusiasmo pela temática, em 2018, me inscrevi e tive a oportunidade de participar de um Projeto de Iniciação Científica sobre a “Mortalidade Materna e Cesáreas no Brasil: representações Sociais e práticas dos médicos obstetras” da Professora Doutora Jaqueline Ferreira na área de Ciências Sociais e Humanas. Como produto, participei do Seminário Internacional de Medicalização do Parto de 2018, apresentando o trabalho “Políticas públicas, Entidades Médicas e Setores Privados: legitimam ou limitam a atuação dos obstetras em cesáreas eletivas?”. Nesse evento descobri o que seria a doulagem e no mesmo ano resolvi me formar doula pela Levatrice/Gama, onde tive contato mais profundo com a discussão acerca das práticas de parto humanizado e VO no Brasil.

Empolgada e bastante interessada, também participei de um curso de Capacitação em Atuação Contra a Violência Obstétrica com duas pessoas muito atuantes no assunto, uma sanitarista e outra advogada. Fui constatando que a VO é uma prática que vai contra os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que tange à humanização da assistência.

Dessa forma, elaborei meu Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob a orientação da Professora Doutora Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti, intitulado “A vivência do parto e a violência obstétrica na visão das mulheres”, do qual emergiram cinco categorias de análise: sentimentos em relação à vivência do parto; banalização da violência; desinformação das mulheres; hierarquia entre profissionais e usuárias; e temor à retaliação. As principais conclusões deste estudo foram que os profissionais estabelecem uma relação autoritária, verticalizada e impessoal, e que ocorre, nas mulheres, uma contradição de sentimentos, onde há confiança no saber médico, mas também expressam descontentamento com a qualidade da comunicação e tratamento recebido (DINIZ, 2019).

No TCC, analisei, a partir de revisão sistemática da literatura, a temática sob a ótica das mulheres usuárias dos serviços de saúde, pois busquei entender as demandas e percepções das mesmas, cujas necessidades são prioridades. Se o sistema de saúde propõe assistência humanizada e qualificada para atender as necessidades da população, ouvi-las deve ser o ponto de partida. Não há lógica pensar saúde de qualquer grupo sem ouvi-lo.

Agora, entretanto, desejo explorar a temática sob o prisma de profissionais da enfermagem e medicina obstétricas, buscando comparar as perspectivas dos dois grupos, favorecendo um diálogo. Essa vontade foi acentuada ainda na maternidade na qual fui alocada enquanto residente, onde foi possível observar a dinâmica interna e externa desse serviço de saúde e dos profissionais envolvidos. Além disso, observam-se poucos estudos sobre a perspectiva dos profissionais.

No nascimento humano, verifica-se a junção dos três eventos muito temidos socialmente: vida, morte e sexualidade (O RENASCIMENTO, 2013), o que justifica a relevância de estudos e atenção voltados a esse tema, e o impacto da violência presente neste contexto, tanto no parir como no nascer. A violência, nesse sentido, é capaz de mudar paradigmas de forma negativa, repercutindo no âmbito fisiológico, social e cultural.

A pesquisa Nascer no Brasil, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz em 2014, de âmbito nacional, aponta que a operação cesariana é realizada em 52% dos nascimentos no país - essa porcentagem não deveria passar de 15%, segundo a Declaração da Organização Mundial de Saúde sobre Taxas de Cesáreas - e que algumas intervenções permanecem sendo realizadas de forma não criteriosa, como restrição ao leito, impedimento de alimentação durante o trabalho de parto, ocitocina sintética, posição litotômica, manobra de Kristeller e episiotomia (LEAL, c2019), como fica explícito nos resultados deste trabalho.

Outra pesquisa, da Fundação Perseu Abramo (2010), concluiu que um quarto das mulheres participantes do inquérito, que tiveram filhos de parto normal, relatou ter sofrido intervenções dolorosas, falta de informação, violência verbal por parte dos profissionais e negligência. Em relação à mortalidade materna, em 2015, a razão brasileira era de 62 óbitos por 100 mil nascidos vivos, número bem superior à meta da Organização das Nações Unidas até 2030, que seria reduzir a 30 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, compromisso assumido pelo país.

Apesar de existirem outros fatores que influenciam nesse modelo de atenção obstétrica, entende-se que os profissionais de saúde são os principais mediadores desse processo, sendo fundamental seu empenho para uma assistência humanizada e adequada (CARVALHO *et al.*, 2010). Espera-se que, ao propor uma ampla discussão sobre violência

obstétrica, seja possível subsidiar reflexões mais profundas e complexas sobre o tema, a partir da perspectiva dos profissionais de saúde da área de obstetrícia, promovendo o resgate da mulher como sujeito de direitos, focando na humanização da assistência e debate sobre medicalização do corpo feminino.

O estudo também pretende contribuir para dar visibilidade ao problema da VO, principalmente numa época em que o Ministério da Saúde - apesar de voltar atrás na decisão depois por recomendação do Ministério Público Federal - orientou a retirada do termo “violência obstétrica” dos documentos de políticas públicas, entendendo que VO tem relação com intencionalidade e deduzindo que as ações e procedimentos considerados violentos não se encaixam nesse critério (MARTINELLI, 2019).

Contudo, uma vez que há evidências científicas demonstrando a relação de riscos e benefícios a respeito dessas práticas, qual a justificativa para que essas ações continuem sendo desempenhadas? Para tentar responder à pergunta, foram realizadas entrevistas com profissionais envolvidos no processo de parturição na cidade do Rio de Janeiro.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar e comparar a percepção que profissionais de saúde da obstetrícia, enfermeiros e médicos, possuem a respeito da violência obstétrica.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar diferenças e semelhanças no discurso do(a) profissional de enfermagem e medicina sobre as práticas violentas no parto;
2. Confirmar a utilização de práticas consideradas prejudiciais no parto normal;
3. Conhecer as justificativas de profissionais para a utilização de práticas prejudiciais ao parto;
4. Refletir sobre diferenças na formação de profissionais de saúde obstetras e seu impacto na prática clínica.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 DAS CASAS PARA AS MACAS: A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO

Durante muito tempo, o parto era um evento que ocorria na privacidade do lar e com participação exclusiva de mulheres de confiança da parturiente: a doula<sup>1</sup>, que na época era uma parente da mesma, e a parteira (WOLFF; WALDOW, 2008). A medicina e o hospital até o século XVIII eram divergentes, sendo este último uma instituição de assistência aos mais necessitados sob o controle da Igreja e de pessoas leigas que, a fim de realizarem caridades, auxiliavam com cuidados. As pessoas se dirigiam ao hospital quando estavam à beira da morte, cuja função era separar aquele indivíduo do resto da comunidade, com um viés de resgate da espiritualidade e de salvação (FOUCAULT, 1979).

Segundo Michel Foucault (1979), a percepção do hospital como instrumento terapêutico de medicina e produção de conhecimento é datado a partir de 1780, sendo dois elementos fundamentais para o ambiente hospitalar medicalizado: a absorção da intervenção médica e a disciplinarização advindas dos hospitais marítimos e militares na estrutura do hospital. O médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar e o espaço torna-se um instrumento terapêutico, onde os corpos são inseridos em um ambiente controlado e são disciplinados conforme a normatização da instituição. Dentro de um contexto de medicalização da vida privada, através de mecanismos de biopoder que visam o controle populacional, a disciplinarização da força de trabalho e a higienização dos espaços e das relações sociais, percebe-se a tomada de poder pelo médico e sua relação hierárquica dentro do ambiente hospitalar.

Com a institucionalização do parto e a medicalização do corpo feminino<sup>2</sup>, o protagonismo do evento também foi assumido pela figura do médico - grupo majoritariamente composto por homens brancos pertencentes à elite -, que retirou a autonomia da mulher. Deslegitimando o conhecimento que as mesmas possuíam sobre o próprio corpo, a mulher foi deslocada da posição de sujeito ativo à objeto de parto (SALIM *et al.*, 2012; OLIVEIRA; MERCES, 2017; CARVALHO, 2015).

---

<sup>1</sup> Doula é um termo de origem grega que significa “mulher que serve” e sua atuação facilita a existência de um parto mais humanizado, através do uso de técnicas para alívio da dor durante o trabalho de parto e informações durante a gestação (FADYNHA, 2011).

<sup>2</sup> O termo “medicalização do corpo feminino” refere-se ao interesse científico em entender o corpo da mulher e intervir em seus processos (ROHDEN, 2001).

Socialmente, o parto vai de evento natural e fisiológico para um evento temerário, rodeado por medo e insegurança, que precisa ocorrer no hospital, onde se encontram os profissionais e as tecnologias biomédicas garantidoras da seguridade, uma transição condizente com o processo que estava ocorrendo de forma geral na saúde (FOUCAULT, 1979).

O modelo vigente de medicina priorizou o saber médico e fez com que a mulher, mais uma vez, fosse reduzida ao papel reprodutivo (OLIVEIRA; MERCES, 2017), perdendo o poder de decisão sobre o próprio processo de saúde-doença. Dessa forma, este modelo coloca o médico como sujeito do parto, cabendo a ele a autoridade e a condução ativa do processo; e aliena a parturiente em relação ao profissional (SANFELICE *et al.*, 2014), ressaltando a “relação de poder entre os profissionais de saúde e as mulheres, reafirmando o fenômeno de medicalização do parto” (SENA, 2012 apud OLIVEIRA, 2016). Os profissionais de saúde envolvidos no processo do parto se mantêm em posição autoritária, estabelecendo uma relação assimétrica e verticalizada com as gestantes, parturientes e puérperas (DINIZ, 2019).

As bases de fundação da ginecologia e obstetrícia, em torno da passagem dos séculos XIX-XX, são marcadas pela busca de diferenças sexuais e psicológicas entre homens e mulheres. Enquanto os homens eram reconhecidos por sua capacidade intelectual, justificada pelo tamanho do seu cérebro e crânio, acreditava-se que o corpo feminino era determinado à reprodução, por isso também seriam instintivas e emotivas, características fundamentais para o exercício da maternidade.

Diferente do homem, a mulher seria governada por sua fisiologia, considerada patológica por natureza. A “genitalidade” feminina “naturalmente” causaria instabilidades na mente e corpo. O homem, por sua vez, teria suas emoções comandadas pelo cérebro, sendo considerado mais “racional”. A ideia era de que a ginecologia tratasse não somente das doenças femininas, mas da totalidade da mente e corpo desse sexo, que era frequentemente representado como um homem incompleto; diferentemente, a antropologia se propunha a discutir a humanidade, baseada no homem ocidental e branco, no sentido mais lato, mas sem envolver as “doenças masculinas” (ROHDEN, 2001).

Na década de 1950, a percepção social do parto era de um evento tão traumático que muitas mulheres das elites deram à luz de forma inconsciente e, devido ao uso de um amnésico que também era alucinógeno e podia causar agitação, eram contidas em uma maca hospitalar, sob uso de sedativos, ficando com diversos hematomas. A medicina oferecia, então, um apagamento da experiência do parto, através do que ficou conhecido como “sono



do crepúsculo” (DINIZ, 2005). A propaganda da anestesia epidural para os obstetras anuncia o procedimento como um aliado para a cooperação da mulher: quieta, fria, uma paciente totalmente colaborativa. O obstetra, por sua vez, o anuncia para as mulheres como conservador da moral, algo capaz de deixá-la controlada, senhora de si (KITZINGER, 1985 apud ZORZAM, 2013).

### 3.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Segundo Virgínia Oliveira (2016), essas práticas médicas em décadas passadas foram analisadas por Foucault como ações de disciplinamento e docilização do corpo feminino, garantindo o papel social da mulher de reprodução, mas politicamente conservador. Não muito diferente disso, o dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a Comissão Parlamentar Mista de Inquérito da Violência Contra as Mulheres<sup>3</sup> define violência obstétrica como:

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, [tendo como consequência] a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres. (CIELLO, 2012, p. 36-37).

O mesmo documento define ainda seis modalidades para a VO: caráter físico, psicológico, sexual, institucional, material e midiático, apresentadas a seguir segundo Cariny Ciello (2012, p. 60-61):

#### I) Caráter físico:

Ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas. Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller, uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada.

#### II) Agressão psicológica:

Toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação,

---

<sup>3</sup> Ocorrida em 2012 em Brasília, sendo presidida pela Deputada Federal Jô Moraes (PCdoB/MG) e tendo como relatora a Senadora Ana Rita (PT/ES).

insegurança, dissuasão, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio. Exemplos: ameaças, mentiras, chacotas, piadas, humilhações, grosserias, chantagens, ofensas, omissão de informações, informações prestadas em linguagem pouco acessível, desrespeito ou desconsideração de seus padrões culturais..

### III) Caráter sexual:

Toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo. Exemplos: episiotomia, assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento.

### IV) Agressões institucionais:

Ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada. Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes.

### V) Caráter material:

Ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica. Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante.

### VI) Caráter midiático:

São as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contraindicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação. Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce.

Assim, a VO é considerada uma das formas de violência de gênero e institucional, expressa por meio de relações de poder, relacionada a uma postura discriminatória que perpassa gênero, classe social e etnia, marcando uma inferioridade que permite que o corpo e a sexualidade da mulher sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica;

concordante a um sistema de lógica patriarcal que naturaliza o papel reprodutor da mulher na sociedade como destino biológico (GRIFFIN, 1999 apud AGUIAR; D'OLIVEIRA, 2010).

O atual modelo de atenção obstétrica brasileiro tem como característica o intervencionismo excessivo e, apesar de algumas dessas práticas serem realizadas de forma padronizada, são desnecessárias e geram riscos ainda maiores para a saúde materno-infantil (BRASIL, 2002). Essas intervenções médicas são utilizadas de forma generalizada, mesmo com pouca ou nenhuma evidência científica, porque não possuem sentido técnico, mas cultural (DAVIS-FLOYD, 2001).

A adoção de tais rotinas é justificada por profissionais pelo risco de haver alguma intercorrência, revelando que a usuária não é assistida de forma singular (CARVALHO *et al.*, 2010), o que é confirmado nos resultados deste trabalho. A organização do atual modelo de trabalho hospitalar obstétrico privilegia profissionais de saúde<sup>4</sup>, desfavorecendo a mulher, que perde seus direitos sexuais e reprodutivos, como a autonomia para tomar decisões sem coerção e/ou violência.

A falta de informação das mulheres, por vezes propositalmente promovida pela equipe técnica, a percepção das relações de poder existentes no hospital entre paciente-profissional e a baixa expectativa em relação aos serviços de saúde levam à naturalização da violência e à sensação de insegurança, acreditando que podem sofrer uma retaliação caso não se comportem como esperado, conforme a noção de “disciplinamento dos corpos”<sup>5</sup> de Michel Foucault (1987). Apesar disso, as mulheres expressam descontentamento em relação à assistência ao parto, mas muito mais relacionado com a qualidade das relações interpessoais do que com as técnicas de manejo e objetificação dos seus corpos.

Há certa contradição e contraste dos sentimentos que as mulheres ficam após um parto hospitalar. O medo de sofrer represálias faz com que as mulheres mantenham uma postura passiva, podendo ocorrer banalização da violência ocorrida, pois se sentem inferiorizadas e subordinadas em relação ao profissional, o que é confirmado nos resultados (DINIZ, 2019).

No Brasil, não há leis que utilizam o termo “violência obstétrica”, como existem na Venezuela<sup>6</sup> e Argentina<sup>7</sup>, mas há documentos e programas de âmbito nacional criados pelo

---

<sup>4</sup> Neste trabalho, usarei o termo “profissionais de saúde” em referência a médicos e enfermeiros obstetras que trabalham em hospitais. Vale ressaltar que a área da saúde também engloba profissionais como terapeutas ocupacionais, nutricionistas e sanitaristas, dentre vários outros.

<sup>5</sup> Utilizando mecanismos de disciplina, como vigilância hierárquica e sanção normalizadora, o corpo funciona como processo de objetivação de poder e sujeição. Um corpo dócil é aquele que pode ser submetido, que é analisável e manipulável (FOUCAULT, 1987).

<sup>6</sup> Na Venezuela, há a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, publicada na Gazeta Oficial nº 38.647, de 19 de março de 2007.

Ministério da Saúde que abordam assuntos da saúde materno-infantil, como o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído através da Portaria/GM nº 569, do ano de 2000, para discutir o modelo de assistência ao parto e nascimento e a Rede Cegonha, instituída pela Portaria/GM nº 1.459, de 2011; ambos com o objetivo de melhorar o acesso à saúde, garantindo planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério de qualidade e oferecendo serviço humanizado, respeitando os princípios do SUS. Segundo consta nos respectivos documentos oficiais, o PHPN “tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2000), enquanto a Rede Cegonha “consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que a Rede Cegonha adota práticas assistenciais baseadas em evidências científicas, seguindo a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no documento “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, de 1996. De forma mais recente, em 2017, foi elaborado pelo Ministério da Saúde um documento com as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, levando em consideração critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade, e, em 2018, a OMS publicou o *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, ambos estabelecendo práticas adequadas e seguras para o processo de parturição, bem como as não recomendadas.

Segundo Gradim (2017, p. 1300), “as mulheres constituem a maioria da população do Brasil e são, sem dúvidas, as principais usuárias do SUS, mas esta proximidade não tem sido suficiente para solucionar os problemas vivenciados por elas, como a violência [...]”. Nomear, classificar e expor a violência obstétrica é uma maneira de garantir a visibilidade e, a partir daí, demandar mudanças estruturais, uma vez que a VO está diretamente ligada à violência de gênero.

---

<sup>7</sup> Na Argentina, há a Lei da Proteção Integral para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra as Mulheres nos âmbitos em que se Desenvolvem suas Relações Interpessoais, de nº 26.485, de março de 2009.

#### 4 METODOLOGIA

Através da aplicação de um roteiro semi estruturado (APÊNDICE A), foi realizada uma entrevista com 4 (quatro) residentes em enfermagem obstétrica, 1 (um) médico ginecologista e obstetra e 1 (um) residente da mesma área (Quadro 1). O acesso aos/às informantes se deu seguindo um esquema bola de neve, a partir de contatos prévios da rede de relações pessoal e profissional da pesquisadora. O período total de duração do trabalho de campo foi de outubro de 2020 a fevereiro de 2021. Cada entrevista teve duração média de 50 minutos e foi realizada através de videochamada, pois o encontro presencial não foi possível devido à pandemia de coronavírus, o que se configurou como uma etapa limitante no cronograma da pesquisa, que havia sido pensado neste modelo. Somente a pesquisadora responsável esteve presente e o áudio da entrevista foi gravado apenas para facilitar a análise, não sendo seu conteúdo na íntegra divulgado em nenhum meio.

**Quadro 1 - Perfil de entrevistados**

ENTREVISTADO	SEXO	IDADE	ATUAÇÃO	MUNICÍPIO DE ATUAÇÃO
EO1	FEMININO	27	RESIDENTE	RIO DE JANEIRO
EO2	FEMININO	24	RESIDENTE	RIO DE JANEIRO
EO3	FEMININO	26	RESIDENTE	RIO DE JANEIRO
EO4	FEMININO	26	RESIDENTE	RIO DE JANEIRO
GO1	MASCULINO	33	OBSTETRA	RIO DE JANEIRO E NITERÓI
GO2	MASCULINO	28	RESIDENTE	RIO DE JANEIRO E ARARUAMA

Fonte: autoria própria.

Além disso, foi solicitado o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) de cada participante. O roteiro de entrevista foi dividido em três blocos, além das perguntas iniciais de perfil sociodemográfico: o primeiro, experiência profissional, pretendia conhecer a rotina profissional, situações marcantes vivenciadas, escolha da profissão etc; o segundo bloco propunha explorar a percepção do profissional sobre violência obstétrica; já o terceiro bloco, buscou investigar experiências de educação continuada ou mesmo de formação profissional específica para lidar com a questão da VO.

Para o levantamento bibliográfico, foi realizada uma pesquisa no portal da BVS - Biblioteca Virtual em Saúde, coordenada pela OMS; OPAS (Organização Pan Americana de Saúde) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). A estratégia de pesquisa foi organizada com a chave de busca relacionando os descritores ‘violência’ e ‘parto’, e filtros ‘texto completo disponível’ e o idioma ‘português’. Em função dos poucos estudos existentes, não foi utilizado filtro em relação ao período temporal. O levantamento demonstrou que existem poucos trabalhos trazendo o ponto de vista de profissionais, principalmente valendo-se de um olhar comparativo entre eles.

Os aspectos éticos foram respeitados conforme exigência da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa em seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme parecer de número 4.330.459 (CAAE 34683020.7.0000.5286), de 09 de outubro de 2020, e o trabalho de campo só teve início após a aprovação do CEP. Para garantir o anonimato, os nomes dos participantes foram codificados alfanuméricamente, utilizando-se “EO” para profissionais de enfermagem obstétrica e “GO” para profissionais de medicina de ginecologia e obstetrícia.

Para análise das entrevistas, foi realizada a leitura das transcrições e posterior adoção de análise do discurso, buscando um olhar socioantropológico sobre o material. Neste processo, emergiram três categorias de análise: 1) definição e práticas da violência obstétrica; 2) formação, cultura e justificativas e 3) coibição da violência. Os resultados são apresentados a seguir, iniciando com um olhar mais geral antes de avançar para cada categoria separadamente.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

De uma maneira geral, a partir das entrevistas, percebe-se que há duas maneiras prioritárias de descrição das vivências relativas ao parto: uma positiva e uma negativa. Ao relatar vivências positivas acerca do parto, a maioria cita uma situação ocorrida consigo, centrada em si mesmo.

*A mulher me mandou uma mensagem [...], falando que ela tava muito feliz de ter me encontrado [na rede social, depois do puerpério], porque ela tava sentindo essa necessidade de me contar o quanto que eu fui importante pra ela [...] tanto no momento do parto quanto no pós-parto<sup>8</sup> (EO2).*

Já os exemplos de situações negativas, possuem em comum a característica não personalizada, isto é, narrado de maneira mais coletiva, deslocando a responsabilidade para um “outro”, como um evento no qual o entrevistado participou como observador.

*Já aconteceu de eu estar assistindo um trabalho de parto e a mulher virar um alto risco e o médico ter que assistir o parto dela e eles fazerem várias violências obstétricas [...]. E a mulher ficar gritando "me ajuda por favor" e gritando, e eu não poder fazer nada. Infelizmente. É uma situação que a gente se sente incapaz (EO3).*

Houve, portanto, uma marcação do sucesso individual, enfatizado nas experiências positivas, e a diluição no coletivo e desresponsabilização de si nas vivências negativas. Isso pôde ser percebido prevalentemente na fala da enfermagem, e pode ser justificado pelo fato de que a assistência ao parto normal torna-se responsabilidade do médico quando há distócias, parada de progressão do trabalho de parto ou qualquer outra dificuldade que aumente o risco deste evento. O Ministério da Saúde preconiza a assistência ao parto normal pela enfermagem obstétrica ou obstetrizas somente em situações de baixo risco ou risco habitual (BRASIL, 2016).

Esse processo marcou o campo e organizou os relatos das experiências e atuações dos profissionais entrevistados, divididos nas categorias analisadas a seguir.

### 5.1 DEFINIÇÃO E PRÁTICAS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Os informantes de ambas as categorias profissionais relataram saber o que é a violência obstétrica e suas manifestações, principalmente de caráter físico e psicológico. Não

---

<sup>8</sup> As citações diretas dos entrevistados serão dispostas em formato itálico.

foram citadas as de âmbito institucional, material e midiático, seguindo a tipologia de Cariny Ciello (2012) apresentada acima. Algumas definições genéricas apontadas foram: “*Qualquer coisa não necessária que seja feito com a mãe, principalmente com o objetivo de acelerar [...], facilitar o parto, que só beneficie o obstetra*” (GO2) e

*[...] Qualquer coisa que você faça com a mulher que vai [...] ferir a vontade dela, [...] a autonomia dela, o protagonismo [...], durante todo o processo de gestação, trabalho de parto, parto e pós parto. [...] A partir do momento que você faz uma coisa sem orientar, sem dizer o que é e sem pedir a permissão, eu acredito que isso seja uma violência obstétrica (EO2).*

Vale ressaltar os diferentes ângulos de cada profissional: o médico possui um discurso centrado em si e nos seus benefícios, onde a mulher é passiva. Já a enfermagem aborda a temática do ponto de vista das mulheres, de como as afeta.

Não foi citado pelos informantes também um conceito preciso de VO, mas significados abrangentes. Ambos os trechos referidos começam com “*qualquer coisa*”, indicando que, para os profissionais, a definição de VO baseia-se principalmente nos atos de intervenção em si, e não na concepção de apropriação do corpo feminino e seus processos reprodutivos.

Quando questionados sobre a frequência com a qual alguns eventos ocorrem, a partir de uma lista pré-determinada de práticas (vide Apêndice A), as intervenções violentas mais relatadas pelos profissionais como rotineiras foram a infusão de ocitocina (4 profissionais relataram), posição litotômica (3) e puxo dirigido (3).

Enquanto as profissionais de enfermagem referiram que Kristeller “*acontece pouco*” ou “*é raro*” e episiotomia acontece “*às vezes*” e “*diminuiu bastante*”, os profissionais de medicina citaram ambas intervenções como usualmente realizadas - mas não por eles.

Talvez seja diferente do que ocorre com a manobra de Kristeller e episiotomia, que são desencorajadas devido a uma relação desfavorável de riscos e benefícios, devido à menor sutileza dessas ações.

*[...] São eventos que chocam e chamam a atenção, mas é importante não colocarmos a VO só nesse lugar extremo. Primeiro, porque isso faz com que os profissionais "normais", "bons", "educados" achem que isso não tem nada a ver com eles. Afinal, chamam de querida, sabem o nome do bebê e jamais bateriam em alguém. Porém, com isso, podem não se abrir para rever suas práticas que não são monstruosas mas também causam dano e sofrimento. Segundo, porque essa visão de que a VO acontece somente em situações reconhecidamente pavorosas confunde e apaga as experiências de quem sofreu violência, se sente vítima, mas "não foi tão grave assim". E eu acho importante legitimar esse sentimento de quem não apanhou nem ouviu gritos e xingamentos ou foi cortada sem anestesia, porque esses outros eventos*



também causam trauma e precisam de nome e de espaço para serem elaborados (MAÍRA LIBERTAD, 2022, on-line).

A falta de entendimento de que algumas práticas são violentas facilita ainda mais para que muitas condutas sejam aceitas no cotidiano da assistência, em um processo de banalização da violência institucional (SENS; STAMM, 2019). Por exemplo, a insensibilidade no trato com a usuária é definida como VO “leve”:

*[...] Mas as pessoas nem sequer se apresentam pra mulher. [...] Já chega:[...] ‘oi, tira a calcinha’. Ai a mulher tira a calcinha, já dá um toque sem avisar. [...] Encostar, botar a mão na barriga da mulher sem avisar, mesmo que seja pra auscultar o bebê. [...] Essas são, no caso, as mais leves. [...] E tem residente até que fica apoiado na perna... [...] como se fosse, sei lá, uma mesa. [...] Descansando na perna da mulher, como se assim, ela não fosse nada, sabe? [...] Não responder as perguntas da mulher, não informar [...] do que está acontecendo (EO1).*

A profissional considera ainda que os casos graves ocorrem no período expulsivo, onde “gritam com a mulher, fazem tudo [...], alguns batem na perna pra mulher abrir, [...] normalmente ficam empurrando a perna, [...] puxando [...]” (EO1).

A partir da observação da pesquisadora enquanto residente e doula, foi possível identificar que a desinformação sofrida pelas mulheres ocorre por negligência dos profissionais, uma vez que não cumprem de maneira adequada a função de orientação, gerando assim falsas crenças que se disseminam socialmente e acabam por banalizar ações violentas. Essa percepção profissional empírica foi corroborada nas entrevistas, como no trecho abaixo:

*Não respeitam a decisão da mulher, o desejo da mulher em hipótese alguma. Colocar ocitocina. Às vezes as mulheres recusam e eles obrigam as mulheres a aceitar. [...] Porque eles falam que o bebê vai morrer e que já está muito tempo em trabalho de parto, se ela não aceitar, o trabalho de parto não vai evoluir e pode fazer mal pro bebê. Que na verdade é o contrário, né? Ocitocina que pode fazer mal pro bebê. E às vezes, casos que não são necessários, o trabalho de parto está evoluindo super bem, mas eles querem colocar, pra poder acelerar, pra eles poderem entregar o plantão vazio (EO1).*

Intervenções como infusão de ocitocina de rotina devem ser evitadas pois aumentam a pressão e a tensão da parturiente e, portanto, são fatores que podem inibir o processo de produção hormonal no momento do parto, desfavorecendo o mesmo (LEÃO; OLIVEIRA, 2006), como apontado pela profissional no trecho acima.

Vale ressaltar ainda que a razão pela qual é tão importante entregar o plantão vazio não foi possível responder com esta pesquisa, sendo este tema um potencial objeto de estudo para investigações futuras, mas parece ser um fator que impulsiona a VO, a julgar pelo relato.

Através da experiência em uma maternidade viabilizada como campo de atuação de Residência, a autora, enquanto colaboradora do Núcleo de Vigilância Hospitalar, ficava responsável pelas notificações compulsórias de agravos em saúde da unidade. Assim, percebia-se que os médicos e residentes em ginecologia e obstetrícia ali atuantes reiniciavam o esquema de tratamento em quase todas as mulheres - e seus recém nascidos - que davam entrada com teste rápido positivo para sífilis, mesmo com história - e registro - de tratamento adequado na gestação e exame não treponêmico com baixa titulação, o que indicaria cicatriz sorológica, não sendo necessário realizar novo tratamento.

A questão é que o tratamento tradicional para sífilis são duas injeções de penicilina benzatina - a benzetacil - a cada semana, por três semanas. É uma injeção intramuscular que dura torturantes 10 segundos e causa tensionamento das fibras e bastante dor. Caso o frasco não seja devidamente agitado antes da aplicação, a substância fica com cristais que aumentam a dor e ardência local. Portanto, a medicação deve ser administrada no músculo dos glúteos, que possui bastante espaço para absorção, diminuindo a sensação desconfortável. A dose é tão grande que precisa ser dividida nos dois glúteos, logo, duas injeções.

Tal atitude levanta o questionamento: é uma falha no saber técnico ou uma falha de empatia? Isso reflete a falta de técnica para manejar clinicamente agravos não estritamente obstétricos, apesar de muito relevantes para a saúde materna-infantil e bastante comuns no dia a dia de uma maternidade, ou é reflexo de uma prática estritamente biologicista e não psicossocial?

Essa indagação foi assinalada por Octavio Bonet (2004, p. 110), ao expressar que os aspectos humanos tornam-se secundários em relação às funções terapêuticas por “falta de tempo, porque a quantidade de trabalho não lhes deixa tempo para que pensem noutro aspecto que não seja o terapêutico”. Ainda de acordo com o autor, a desagregação entre ‘o profissional’ e ‘o humano’ é proveniente da formação pautada no modelo biomédico, que será discutida mais à frente.

## 5.2 FORMAÇÃO, CULTURA E JUSTIFICATIVAS

Os profissionais percebem e mencionam diferenças na assistência que a medicina e a enfermagem prestam. Os relatos refletem a frequência com que cada corpo técnico utiliza

tecnologias leves, leves-duras ou duras, conforme as classificações de tecnologias envolvidas no trabalho da saúde por Emerson Merhy (1997).

Percebe-se que a enfermagem faz bastante uso das tecnologias leves, como criação de vínculo e acolhimento, e leves-duras, que são os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde. Já os profissionais da medicina têm preferência pelo uso de tecnologias duras, referente ao uso de equipamentos do tipo máquinas e instrumentos, como exposto pelo informante: “[...] nós médicos usamos muito mais de medicação e instrumentos de uma forma... a agilizar e... adiantar o parto. Enquanto a enfermagem obstétrica vai se valer mais de manobras e... e mais a parte psicológica também, em relação à aceitação do parto, né?” (GO2). Destaca-se ainda que o recurso a essas tecnologias busca a celeridade do parto, o que por si só pode identificar VO. Esta fala coaduna com a observação de Merhy e Franco:

Historicamente a formação do modelo assistencial para a saúde, esteve centrado nas tecnologias duras e leve-duras, visto que, aquele se deu a partir de interesses corporativos, especialmente dos grupos econômicos que atuam na saúde. No plano da organização micropolítica do trabalho em saúde, este modelo produziu uma organização do trabalho com fluxo voltado à consulta médica, onde o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais, ficando a produção do cuidado dependente de tecnologias duras e leve-duras. (MERHY; FRANCO, 2003, p. 5).

No mesmo sentido, os informantes manifestaram a compreensão de que a formação de profissionais médicos é baseada em um modelo tecnocrático, que privilegia condutas fundamentadas na visão do corpo como máquina.

*A enfermagem é formada vendo o parto como um evento fisiológico, como um evento familiar, e a medicina não. Na medicina eles são formados com a ideia intervencionista, de que eles estão ali pra ajudar. Então pra ajudar eles tem que fazer alguma coisa, eles não podem ficar parados olhando, né? [...] Mas agora eu tenho essa visão de que é a formação deles [...] E a gente não, a gente é formado mais em um modelo mais humanizado já desde a faculdade (EO1).*

Esse pensamento foi corroborado inclusive por um dos colaboradores da medicina, participante desta pesquisa, que expressa ainda o entendimento de que, para a paciente, é “ótimo” uma assistência menos intervencionista:

*[...] As enfermeiras têm uma formação muito diferente, e elas têm outro tipo de pensamento e elas são muito menos intervencionistas, o que pra paciente é muito ótimo. A equipe médica é muito mais intervencionista porque a gente tem uma formação baseada na assistência à doença, assistência ao problema [...] (GO1).*

Em um dos livros mais tradicionais de obstetrícia, é utilizada a metáfora “motor-objeto-trajeto” para elucidar os mecanismos do parto: o motor se constituiria em útero, o objeto seria o bebê e o trajeto seria o canal vaginal (REZENDE, 1992 apud RATTNER, 2009). Esta metáfora está de acordo com outra já descrita na literatura, muito utilizada para descrever o corpo feminino: é a metáfora do útero como uma grande fábrica destinada à produção de bebês saudáveis, sendo tudo o que se desvia disso (menstruação, aborto, menopausa) visto como falha, desordem e/ou patologia, reduzindo esse corpo à finalidade de reprodução, corroborando com aspectos culturais que subjazem à ciência (ALZUGUIR, 2008). O corpo feminino é então percebido como uma máquina não confiável que requer a intervenção hábil e rápida do profissional, e os estudantes são ensinados e treinados a evitar o envolvimento emocional com seus pacientes, mesmo o afeto sendo um poderoso instrumento de cuidado (BONET, 2004; DAVIS-FLOYD, 2001).

Portanto, essa visão desumanizada e mecanizada do parto é incorporada ainda durante a formação dos profissionais, onde é necessário decorar detalhes de como e por quê um sistema disfuncionante causa doenças, mas não há incentivo para um pensamento crítico ou saberes de bioestatística, por exemplo, o que afeta diretamente a interpretação de evidências científicas. A formação médica atual, acadêmica e prática, se estabelece “mais como uma vocação de intervir e prescrever do que de consultar e negociar” (PALHARINI, 2017, on-line) e perpetua abusos que permanecem “normalizados por uma cultura institucional que não os reconhece como violações de direitos” (DINIZ *et al*, 2016, p.259).

Os preceptores dos programas de residência, responsáveis por formar novos especialistas na área obstétrica, muitas vezes são profissionais que se formaram há muito tempo, e a atualização profissional é uma incerteza, conforme exposto pelo informante GO1: “[...] Também tem a cabeça de quem tá ensinando, porque às vezes essa pessoa [...] aprendeu obstetrícia há 30 anos. Há 30 anos a intervenção no parto era regra. Toda mulher tinha que parir deitada, com ocitocina e com episio [sic]”.

Os profissionais apontam também que existem plantões e maternidades mais ou menos intervencionistas: “[...] a violência obstétrica, a gente vê que são os mesmos profissionais que fazem. A gente chama de figurinha marcada, né? A gente já sabe, quando aquele profissional entra no box, vai ter violência obstétrica” (EO3). Na prática, isso acaba gerando uma demanda extra nas unidades reconhecidas como mais respeitadas, pois sendo de conhecimento da população, as mulheres que buscam uma assistência humanizada são instruídas em relação ao momento de chegada ao hospital: já em trabalho de parto ativo, com contrações uterinas regulares. Assim serão admitidas para a internação e não encaminhadas para a maternidade de

referência do seu local de residência, o que pode se tornar um problema para o processo de territorialização do SUS.

As profissionais de enfermagem sentem que as usuárias do serviço acreditam haver assistência somente quando essa é prestada por um profissional médico, mesmo que residente. Também revelam a diferença no tratamento pelas usuárias: “[...]às vezes ficam o dia inteiro fazendo reclamações com a gente, aí quando o médico passa, não faz nada, não faz nenhuma reclamação. Fala super tranquilo, [...] mesmo se [...] for grosso, elas vão agradecer pelo o que o médico fez” (EO2).

Um dos resultados achados no trabalho anterior da autora foi o sentimento de inferioridade e submissão por parte das usuárias em relação à autoridade médica, tornando a relação geralmente tranquila e favorável para o profissional, que não é questionado nem recebe tratamento grosseiro ou impaciente por parte delas. Para o médico a seguir, porém, isso é devido ao vínculo de confiança criado, não à resignação: “a gente cria um vínculo importante, bem sincero e muito rápido. Não é difícil disso acontecer, não. [...] Durante o período que ela é assistida, [...] dá tempo de ter uma relação boa, de confiança” (GO1).

Outra entrevistada relata que apenas os profissionais de enfermagem orientam a mulher sobre os procedimentos realizados e os cuidados posteriores necessários. E dá um exemplo prático:

*[...] Depois que o neném nasceu, a placenta nasceu, [...] os médicos, eles levantam e saem da sala, às vezes dão parabéns. [...] A gente não. [...] Acabou o parto, a gente higienizou aquela mulher, viu se teve laceração ou não, se precisa suturar[...]. Terminando tudo isso, a gente vai pra orientar essa mulher sobre os cuidados que ela tem que ter com o períneo. [...] A gente presta cuidado quando [...] tá assistindo a mulher, eles não. Eles tão lá pra fazer parto (EO4).*

A mesma profissional desaprova a falta de compromisso dos profissionais médicos em relação à vigilância materna e fetal, ressaltando que, além do auxílio técnico aos partos, a enfermagem também possui a função de coordenação dos processos administrativos do setor, e conclui que, se conseguem operacionalizar ambos, “[...] eles [médicos] tem que ter [...] o compromisso de ir lá auscultar aquelas crianças [...] e avaliar aquela mulher de hora em hora. Coisa que eles não têm” (EO4).

Além dos partos de baixo risco que geralmente são assumidos exclusivamente pela equipe de enfermagem, os profissionais da categoria também procuram se colocar à disposição das pacientes atendidas por profissionais médicos buscando garantir uma assistência mais humanizada às usuárias. O nível de proximidade interpessoal entre as equipes

afeta diretamente as relações profissionais no que tange ao cuidado multiprofissional e as discussões sobre a condução do caso.

Quando questionada sobre quando seria o momento que se decide por uma intervenção, uma das informantes respondeu que:

*Não tem tempo certo. A gente vai vendo a leitura corporal e diante da necessidade que ela vai passando. Até porque às vezes a mulher tá lá quieta, tá tranquila ou tá dormindo [...]. Intervir pra oferecer as coisas pra ela, entendeu, não tem lógica, se ela tá quietinha. Ela tem que ter o momento dela. Então é conforme análise do comportamento [...]* (EO3).

E dá exemplo de uma intervenção não farmacológica, que, além de ajudar na rotação e descida do bebê, também alivia a dor:

*Acima de tudo a gente analisa [...] o que a mulher tá necessitando naquele momento, entendeu? A gente aplica a tecnologia que cabe, [...] um exemplo, a bola, que é para ajudar o bebê a descer* (EO3).

Nestes últimos trechos, percebemos mais uma vez a utilização de tecnologias leves como mais frequente dentre a enfermagem, em oposição à prática dos médicos. Importante pontuar que nenhum dos entrevistados fez menção a documentos oficiais ou textos científicos como fontes de informação segura e de qualidade. Isso pode ser um indicativo do motivo de permanência da VO, pois, se não há menção a textos científicos, infere-se que não há busca de atualização profissional, permanecendo com os conhecimentos adquiridos na formação inicial, como foi apontado por um dos médicos da amostra acerca do tempo de formação (“30 anos”).

Em sentido oposto, porém, um entrevistado explica que, de uma forma geral, capacitações e/ou atualizações não são necessárias, pois “*todo mundo sabe o que é o correto*” (GO1), e explica que existem

*[...] alguns vícios que fazem a gente agir de maneira não correta. Então o que a chefia fez muito foi cobrar que você fizesse o que era adequado e correto, não pular etapas, e isso foi resolvendo. É claro que tem um ou outro que precisou de capacitação* (GO1).

Essa é mais uma fala em que percebe-se o deslocamento para o outro. Porém, o profissional admite pular etapas para tentar “*sempre evitar o aborrecimento*”, cedendo aos desejos da família e parturiente, mesmo que “*não seja o melhor pra saúde daquele binômio*” (GO1). Na próxima subseção, esta questão será aprofundada.

Segundo Janaína Aguiar (2010), a VO não se configura como exceção de comportamento, mas rotina comum da assistência obstétrica. O discurso de entidades representativas médicas, entretanto, defende que seria uma questão individual de alguns profissionais e inverte a lógica da violência institucional, colocando os mesmos como as maiores vítimas, que são impedidos de exercitar boas práticas devido às condições inadequadas de trabalho (PALHARINI, 2017). Quais condições inadequadas seriam essas que impedem boas práticas?

O entrevistado abaixo reconhece que a assistência correta e adequada é aquela baseada em evidências científicas, mas que o grande fluxo de partos impossibilita tal feito devido ao pouco tempo disponível.

*[...] Os lugares mais diferenciados, são os lugares universitários, que normalmente existe uma preocupação em você fazer uma coisa adequada baseada em evidências. E aí nesses lugares você acaba tendo um pensamento de formação que te leva pra cientificamente correto, de menos intervenção, de coisas mais adequadas. Alguns lugares de formação que não são universitários, tem um problema grande porque é altíssimo o movimento [...]. Na grande maioria das vezes você não tem tempo pra fazer ciência, né? (GO1).*

Esta afirmação sugere que uma assistência adequada demanda maior disponibilidade de tempo, o que é, em partes, verdade. *Obstare* significa “estar ao lado”, e a assistência humanizada ao parto implica em uma vigilância discreta, atenta e contínua. Considerando que grande parte das intervenções são realizadas com o objetivo de abreviar o tempo de parto e que falta de leitos não foi um argumento apontado por nenhum dos profissionais entrevistados, talvez a motivação para acelerar o trabalho de parto no sistema público seja o desejo de ficar “em paz”, como será visto na próxima subcategoria. Já no sistema privado, podem haver motivações financeiras e de conforto para o profissional. Um parto normal pode levar muitas horas, mas, quanto menos tempo “perde-se” com uma paciente, mais cesáreas eletivas são possíveis marcar e, logo, lucrar. É mais prático e não deixa à mercê do imprevisível, perdendo madrugadas e feriados por exemplo.

Independente dessas considerações fica evidente nas falas que as práticas de VO se baseiam em algo que foi considerado evidência científica em algum momento e são mantidas por tradição, não acompanhando a evolução do pensamento médico-científico.

*[...] Eu já li estudos [...] falando que é melhor opção fazer episiotomia, mas estudos antigos, enquanto [...] diversos estudos recentes mostram inclusive que episiotomia não tem benefício nenhum, em situação nenhuma. [...] E tenho colegas que não fazem. Simplesmente não fazem de forma alguma episiotomia. Eu ainda tô no meio termo (GO2).*

É sabido, por exemplo, que durante o trabalho de parto, mais especificamente na fase de transição<sup>9</sup>, podem haver sensações de desespero, agressividade e confusão. Naturalmente, a parturiente solicita cirurgia cesariana, acha que vai morrer, etc. Este ponto indica a aproximação da fase expulsiva. Ainda assim, é um fator utilizado na decisão profissional sobre o manejo clínico da paciente: “*quando eu sugiro [uma intervenção] é pelo estado que a paciente está se apresentando. [...] Acontece bastante da paciente falar "não tô aguentando mais, quero que termine logo". Isso de várias formas, né?*” (GO2).

Percebe-se, pois, que ocorre um movimento de transferência de responsabilidade pela decisão para a parturiente, que, devido a uma descarga fisiológica de adrenalina, que gera uma sensação corporal entendida como medo, verbaliza a sensação física desta forma. Se ninguém intervir, logo a fase muda e o expulsivo começa. As tomadas de decisões podem ser compartilhadas com a paciente, explicitando riscos e benefícios baseados na ciência, mas sem desresponsabilização profissional e, principalmente, com discernimento ao fazer a leitura técnica do momento do trabalho de parto.

*[...] Eu sei que o bebê vai nascer bem, [...] só que eu vejo que esse bebê vai nascer daqui a 20 minutos, meia hora, 40 minutos, que seja, com as contrações da mãe, bebê se encaixando e tal. Por outro lado, se eu fizer essa episiotomia, o bebê vai nascer agora. E eu tô com uma mãe que não quer mais, que não aguenta mais, que tá desesperada solicitando, que tá pedindo. Então eu tenho isso pra oferecer. O objetivo é ajudar a mãe; e ‘ajudar’, não sei se é o verbo certo, porque não fazer não seria maléfico pra mãe, só que é facilitar, conforme o pedido da mãe (GO2).*

Existe uma série de exigências que os usuários fazem que já não é atendida pelos serviços de saúde; são momentos em que a medicina não se submete. Como exemplo, podemos citar uma situação hipotética: se um paciente acha que opióide é a melhor opção para aliviar a sua dor, não necessariamente seu desejo será atendido, pois se o profissional técnico responsável pelo manejo clínico decidir por outra abordagem mais apropriada, ele não vai acatar a solicitação. Muitos outros exemplos poderiam ser citados no mesmo sentido.

Assim, não é válido o argumento de que a paciente esteja “*pedindo*”. Até o momento, não há evidências de necessidade da episiotomia em qualquer situação e a equipe técnica sabe disso, mas é relutante em mudar o comportamento já estabelecido. Os profissionais sentem que o procedimento é mais seguro, mais fácil de lidar - por eles - do que uma laceração espontânea, e facilita o parto - para eles (WHO, 2018).

---

<sup>9</sup> A fase de transição é a ponte entre as últimas contrações de dilatação e o início das contrações de “puxos” do período expulsivo.



No trecho abaixo, a pessoa entrevistada declara que realiza procedimentos que são possíveis dentro do rol de disponibilidades da categoria:

*[...] Mas como a gente tem a possibilidade de estourar uma bolsa, fazer um descolamento da bolsa, é... Fazer uma episiotomia e... Com a paciente topando tudo isso, a gente faz. Enquanto eu vejo, o que eu vejo da enfermagem é que vai investir muito mais na evolução do parto (GO2).*

Ela refere que o único critério é a paciente concordar, mas que consentimento é possível dar sem todas as informações necessárias do processo? Qual autonomia, de fato, essa mulher possui para que consiga compartilhar a decisão com o profissional?

### 5.3 COIBIÇÃO DA VIOLÊNCIA

A EO3 ilustra de forma objetiva o que, em trabalhos anteriores (DINIZ, 2019), foi definido como “looping da violência obstétrica”:

*Eu acho que [...] a falta de informação é uma violência obstétrica também [...]. A mulher não sabe o que é [VO], sofre a violência, acha que o parto é daquele jeito [...]. Porque se você não tem informação você acha que aquilo faz parte do processo. Aí você vai associar que o parto normal é doloroso, é traumático e por aí vai (EO3).*

A falta de informação e conhecimento sobre algo, por si só, torna as pessoas vulneráveis. É como ir à oficina mecânica para um conserto de automóvel: se quiserem, é possível inventar problemas com o objetivo de onerar o serviço. Ou ir a uma consulta médica ambulatorial e receber um medicamento inefetivo: você não sabe se está recebendo um tratamento inadequado do ponto de vista técnico.

A diferença do primeiro cenário para qualquer outro envolvendo a medicina, porém, é que profissionais médicos são figuras que ocupam um lugar de *status* muito privilegiado na sociedade, cujos saberes não são frequentemente questionados. A confiança (ou submissão?) que as mulheres possuem no profissional de saúde, principalmente de medicina, é tão grande que, mesmo estranhando determinada conduta profissional, não o questionam, pelo contrário: passam a questionar os próprios instintos, como exemplificado por uma entrevistada da pesquisa de Clarissa Pedroso e Laura López (2017, p. 1174), sobre a posição litotômica:

*É muito complicado ficar de perna pro ar. Mas sinceramente eu acho que eu não vejo outra. É uma posição desconfortável, mas acho que não tem outra melhor pra ganhar nenê. Acho que é essa mesmo, não existe outra. Até porque se já existisse já teria sido usada, né? Mas não, não existe.*

Durante o trabalho de parto, a mulher e a família encontram-se em um período de extrema vulnerabilidade. Portanto, é compreensível que sintam insegurança frente a um profissional de saúde salientando possíveis riscos para o bebê.

A pesquisa de Rosa Maria Domingues e colegas (2014) evidenciou que informações sobre o ciclo gravídico-puerperal não representam um aspecto relevante para as tomadas de decisão do parto por parte das gestantes. Coincidência ou não, a pesquisa também constatou que as mesmas parecem não ter dimensão dos riscos envolvidos em relação a algumas intervenções, o que suscita desconfiança sobre o cumprimento do papel de orientação pelos profissionais.

A sociedade reflete uma perspectiva de cuidados do corpo baseada na falsa impressão de que quanto mais se intervém mais se cuida. As pessoas esperam receber uma prescrição farmacológica ao final de uma consulta, por exemplo, e caso não ocorra, avaliam o atendimento e o profissional de maneira negativa. São casos nos quais os próprios medicalizados exigem mais medicalização. Isso é visto como resultado de uma certa visão cultural - o processo de medicalização em si - que leva a crer que quanto mais intervenção - medicamentos, exames laboratoriais, cirurgias -, mais saúde (FERREIRA, 1998).

No Brasil, apesar do receio que as mulheres sentem em relação à episiotomia, por exemplo, há uma expectativa de que o procedimento facilite o parto, tornando-o mais curto ou com menos dor. Isso pode justificar uma aceitação cultural da manobra, que é praticada de forma liberal pelos profissionais de saúde (WHO, 2018).

*Acabam sofrendo essa questão do puxo dirigido e acham que aquilo é uma coisa que faz parte, que é uma coisa que o profissional fez pra ajudar ela, entendeu? E muitas depois acabam agradecendo por isso, então a maioria [...] não tem noção de que aquilo é uma violência (EO2).*

A cultura médica hegemônica permite que essas práticas se perpetuem de forma que ultrapassem evidências científicas e recomendações de órgãos da saúde (PALHARINI, 2017).

Em geral, as mulheres possuem a percepção de que o parto normal é um processo doloroso e agonizante, mas essa sensação pode ser atenuada com acolhimento e assistência adequada. O modelo traumático de parto normal contribui e favorece a realização de cesarianas eletivas, que se torna o padrão-ouro obstétrico brasileiro.

É importante destacar que o parto normal tem o lugar social de experiência torturante, mas disputa uma experiência ambígua de troféu: por ter sentido e sobrevivido à dor, a mulher recebe maior reconhecimento geral no papel de mãe. A dor então ganha um certo glamour e a

ideia do parto normal como um processo aflitivo de maneira sobrecomum permanece viva na sociedade - o que irá, indiretamente, perpetuar a VO.

Existe a preocupação entre os profissionais de enfermagem em compreender a dor da paciente, analisando desde o limiar de cada pessoa até a causa ou motivos que a intensifiquem. Quando se fala em ações para alívio da mesma, o profissional médico cita drogas analgésicas, enquanto uma representante da categoria de enfermagem cita técnicas não farmacológicas. Considerando toda a estrutura e logística necessária para uma paciente receber anestesia e, portanto, não sendo possível na maior parte das vezes, esse pensamento médico gera falas como: “[...] *a paciente não entende que o trabalho de parto é um processo fisiológico que dói e não tem muito o que a gente pode fazer por isso*” (GO1), trazendo nova evidência da diferença com que as categorias profissionais lidam com a questão.

Mesmo sendo inerente ao parto, é comum que profissionais de saúde desconsiderem a dor referida pela mulher e não ofereçam métodos para alívio da mesma (OLIVEIRA; PENNA 2017). Manter o ambiente com luz baixa, falar somente o necessário com a parturiente, permitir e estimular a livre movimentação instintiva e propor exercícios baseados na biomecânica do parto são algumas das condutas que podem ser realizadas para um momento menos desconfortável.

Apesar de não ter aparecido espontaneamente nas entrevistas, vale ressaltar que esse ponto perpassa por uma questão racial, visto que mulheres pretas recebem menos analgesia que brancas. Isso é uma percepção que se estabelece desde a escravidão de que negros são mais resistentes à dor. Além disso, sofrem mais com a falta de acompanhante, peregrinação entre os serviços, maior tempo de espera para atendimento, recebem menor tempo de consulta e, conseqüentemente, possuem menor satisfação com a assistência recebida (GOES, 2018; LEAL *et al.*, 2014, 2017).

A presença de doula durante o trabalho de parto reduz cesáreas desnecessárias - que no meio humanizado são apelidadas de ‘desnecesária’ - e o número de mulheres com sentimentos negativos sobre o parto, levando à uma experiência mais positiva e satisfatória do evento (BOHREN *et al.*, 2017). Apenas os profissionais atuantes na maternidade reconhecida socialmente como humanizada referiram durante a entrevista a frequente presença das doulas na unidade.

De forma similar acontece com os profissionais de enfermagem obstétrica: a presença dos mesmos, mesmo somente na forma física, sem envolvimento no processo, parece dificultar a ocorrência de VO, como exposto por duas informantes:

*Às vezes eu me sinto na função de estar entrando em alguns boxes, pra não sei se prevenir a violência, sabe? E a gente entra lá e a gente atua como alguém que vai proteger elas de certas coisas. [...] Quando eles sabem que é enfermeira obstétrica que está entrando na sala, com certeza inibe muito [a violência]. Inibe muita coisa naquele espaço. [...] Porque sabem que se a gente presenciar alguma violência a gente vai reportar [à direção] (EO1).*

*A gente às vezes fica dentro da sala pra ver se intimida um pouco mais. A gente se mete um pouco mais. Entendeu? Mas tem profissional que é inviável, porque fica o médico, o acadêmico, o residente, aí ficam mil pessoas, entendeu? Então assim... você acaba que perde porque são várias e você é uma só. [...] Aí acaba que eu vou inibindo porque ele tá vendo que tá sendo visto, né? (EO3).*

A partir destes relatos, é possível inferir que os profissionais reconhecem atos mais ou menos respeitosos em sua assistência. Nesse contexto, tentando evitar a ocorrência de VO, os profissionais de enfermagem agem como fiscais e defensores das usuárias, através da manipulação do receio do outro de ser alvo de denúncias. Considerando que os profissionais da enfermagem possuem outras atribuições e responsabilidades, esse efeito causado reforça a importância da presença de doulas no ambiente hospitalar, principalmente por serem profissionais exclusivamente dedicadas ao suporte e apoio da mulher, fundamentadas nos pilares da humanização.

O uso de práticas desnecessárias acabam gerando a chamada “cascata de intervenções”, onde a primeira ação realizada causa efeito negativo que precisa ser resolvido com uma outra intervenção, e geralmente termina em cesárea (DINIZ; CHACHAM, 2006).

As mulheres que, melhores informadas, advogam por outro modelo de assistência e questionam a necessidade de algumas condutas, sofrem represálias e não são bem recebidas, como exemplifica a EO4 citando uma fala ouvida de um profissional de medicina: “*não aguento essa gente chata que tudo questiona! [...] Quer parir no banheiro, no chuveiro, em pé, pra mim não dá!*” (EO4). Essa reclamação refere-se a uma questão de conveniência para o profissional, que não deseja dispensar a adoção da posição litotômica e ficar desconfortável para adequar-se à outra posição mais cômoda escolhida pela parturiente.

Devido a todos os fatores já discutidos, existe o senso comum de que as mulheres não são capazes de passarem incólumes por um parto normal e que a cesariana é um procedimento simples e com menos sofrimento. Mesmo o parto vaginal sendo um processo que envolve dor, é fisiológico e mais seguro para o binômio materno-fetal. Entretanto, permitir que o trabalho de parto aconteça de maneira natural, mesmo que demorado, é considerado “forçar” o parto normal por algumas pessoas, um ato de maldade da equipe. O informante a seguir explica que

isso é consequência da ideia que as parturientes possuem acerca do sofrimento passado por outras mulheres durante o parto, e complementa que:

*Maternidade é um lugar que a polícia tá sempre, né? Todo mundo que trabalha em maternidade já teve que ir na delegacia [...], já teve que receber polícia em algum momento durante o plantão [...]. Muitas vezes a família já vem armada pra questionar, pra brigar. Maternidade é um lugar de arrumar confusão. É isso. Emergência de maternidade é lugar de barraco. [...] Quase todos os desfechos negativos da obstetrícia são preveníveis.[...] E os problemas todos da maternidade se resumem aos desfechos negativos do feto. [...] E aí o que torna a gente um pouco mais intervencionista: porque a gente tem medo do aborrecimento. No subconsciente, às vezes a gente já fica prevendo, porque assim, se acontece alguma coisa que eu não consegui prever, aí aquilo é muito ruim pra família, a família vai pra televisão, vai pra delegacia, vai pra justiça. (GO1).*

Os profissionais apontam os acompanhantes das usuárias como pessoas-chave do processo, que podem facilitar ou dificultar a evolução do parto, seja pelo impacto causado no profissional de saúde ou na própria parturiente. Continua o médico:

*Então a gente tenta sempre evitar o aborrecimento, e aí o que acontece: quanto mais velho a gente fica, quanto mais tempo de profissão você tem, menos disposição pra tentar convencer de que você tá correto, de que você não precisa fazer uma intervenção naquela mulher, você tem. Se a mulher quer muito uma intervenção, hoje, com [...] anos de profissão, eu... Eu digo pra você que eu já tenho um limite de tolerância um pouco menor [...]. Você indicar uma cesariana, você resolve os problemas de aborrecimento do plantão, né? Que aí a paciente tá criando confusão, a família quer, você opera e acabou. Ainda que você saiba que isso não seja o melhor pra saúde daquele binômio (GO1).*

Segundo o mesmo, essa situação ocorre devido à sobrecarga de trabalho, que torna impraticável uma assistência ‘um pra um’, e, conseqüentemente, dificulta a antecipação de uma complicação. Dessa forma, “[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” (SENS; STAMM, 2019, p. 9).

Uma recente pesquisa realizada por Edson Rudney e colaboradores (2021) evidenciou que mais de 80% dos ginecologistas obstetras participantes já foram demandados judicialmente ou conhecem um colega de profissão que já passou por essa situação. A maioria deles também afirmou que realiza cesáreas por medo de ser processado caso ocorra algum evento adverso no parto vaginal. Segundo uma entrevista dada pelo pesquisador principal para um jornal,

Alguns estudos já demonstraram que, diante da ocorrência de eventos adversos durante o parto (não necessariamente causados por erro médico), a chance de o obstetra ser processado é maior em partos normais do que em cesarianas; “ou seja, não há comprovação de que a cesárea seja mais segura ou ocasione menos

problemas; há riscos de complicações tanto no parto vaginal quanto no cesáreo, mas possivelmente por alguma outra questão cultural ou até mesmo judicial, que ainda precisa ser elucidada, a cesárea traz menos conflito litigioso [...]” (SANTOS, 2021, on-line).

A fala do profissional médico a seguir reflete as consequências da desinformação da paciente para a mesma e para a equipe técnica: “[...] *paciente com fase latente prolongada, que aí ela fica exausta e aí quando ela entra na fase ativa tem todo o problema que você tem que convencer que agora sim é um trabalho de parto, que vai demorar [...]*” (GO1). Todos os profissionais que responderam à pergunta sobre qual tipo de caso seria mais difícil de lidar, apontaram que seria aquele em que a parturiente e família não compreendem o processo do nascimento porque “*não quer entender*” (EO1), ou “*não aceita o que tá acontecendo*” (GO2). Também houve relatos de que é difícil lidar com “[...] *as mulheres que [...] não têm noção do que tá acontecendo com elas. Aquelas [...] que se desesperam a ponto de não parar pra te ouvir*” (EO2). A mesma situação ocorre em outras áreas da saúde: o usuário pode ter dificuldade de entender ou se assustar com uma notícia, mas parece haver mais paciência e sensibilidade na comunicação com ele. Por que no caso da obstetrícia os profissionais cedem e fazem o que é mais fácil - para eles?

Além disso, muitos agravos demandam dolorosas intervenções para o paciente, que nem sempre avalia a conduta médica como “maldade”. Os profissionais, por sua vez, não cedem aos desejos do usuário, insistindo até o convencimento da importância da ação. Entretanto, não parece ocorrer o mesmo no meio obstétrico; mesmo o parto normal sendo mais benéfico para o binômio mãe-bebê, os profissionais aparentam acatar a vontade dos envolvidos mais depressa e mais facilmente. Essa questão se torna mais grave quando identificamos que, além de resultados maternos e perinatais negativos, que deveriam ser a prioridade na tomada de decisões, procedimentos desnecessários também geram maiores custos ao cuidado e têm efeitos potencialmente adversos (SANFELICE *et al.*, 2014).

## 6 CONCLUSÃO

Este trabalho possibilitou conhecer as percepções de profissionais de obstetrícia sobre VO. Percebe-se que os profissionais possuem um conceito ampliado sobre a temática, não reconhecendo a VO como ações profundas de objetificação das mulheres, desrespeito de sua autonomia e violação de seus direitos legais. E, apesar de demonstrarem conhecimento e atualização limitados sobre as práticas e condutas recomendadas, somente as enfermeiras mantêm o alinhamento com a prática. Ainda assim, ambas as categorias profissionais reconhecem principalmente as ações mais graves de VO, mas os profissionais de medicina seguem fazendo por hábito ou buscando acelerar o trabalho. A formação e atuação destes é tecnicista, com uso principalmente de tecnologias duras, e tentam se proteger da responsabilidade judicial. Já a enfermagem é pautada em bases humanizadas, que além de prestar o cuidado técnico, funciona como agente de controle para a violência obstétrica, assim como acompanhantes e doulas.

Diante do exposto, fica explícito que o principal problema seria uma conduta não baseada em evidências científicas vigentes. Trata-se de uma atuação replicante, acrítica e até anacrônica, indo na contramão do senso comum, que descreve a prática médica como em constante progresso e evolução. Como resposta, é necessário que haja uma reforma do atual modelo de assistência obstétrica brasileiro, modificando as diretrizes curriculares das pós graduações em obstetrícia, principalmente da medicina, qualificando os estudantes da área com evidências científicas atualizadas, para que sejam formados especialistas sensibilizados acerca da violência obstétrica e capacitados para atuar de forma humanizada.

Uma outra proposta para minimizar a violência obstétrica no Brasil que pode ser pensada a partir dos resultados aqui discutidos é a ênfase em ações de educação, comunicação e informação em saúde. A partir da inclusão das doulas na equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família e/ou instrumentalizando os profissionais envolvidos no pré-natal, sugere-se que as mulheres sejam informadas sobre seus direitos e sobre a fisiologia do ciclo gravídico-puerperal, discutindo com a usuária e sua/seu acompanhante sobre o parto normal, bem como os tipos de VO e as intervenções realizadas, elucidando-as quanto às evidências científicas e incentivando a confecção de um plano de parto<sup>10</sup>. Esse movimento seria facilitado na Atenção

---

<sup>10</sup> O plano de parto é uma ferramenta de negociação de cuidados com a equipe, onde é possível definir o que gostaria que fosse ou não realizado durante o trabalho de parto e o parto em si. Sua construção é importante pois convida a mulher e seu/sua acompanhante a refletirem sobre esse momento, sendo um instrumento de busca, auxiliando a pesquisa e a informação dos mesmos. Além de facilitar a comunicação com a equipe profissional e

Básica, durante o pré-natal, se valendo do vínculo já construído neste nível de atenção entre profissional-usuária, facilitando a compreensão e confiança da mulher e instrumentando-a para decisões mais informadas. Essas ações podem incluir ainda a família, acompanhantes e se estender pelo território, colaborando em uma mudança cultural acerca da gravidez, parto e puerpério, e do próprio atendimento obstétrico. Os encontros de gestantes e seus/suas acompanhantes também podem ser espaços interessantes e produtivos para o debate sobre o tema, sendo uma possibilidade efetiva de ação de educação em saúde no contexto da APS brasileira.

Vale destacar que essa informação deve ser compreendida pela usuária e, para tanto, é necessário utilizar uma linguagem mais simples, explicando o que alguns termos técnicos importantes significam. A medicina não se faz entender, em parte propositalmente, como uma forma de limitar o conhecimento à categoria, garantindo sua reserva de mercado. A educação popular em saúde busca essa tradução da comunicação entre as partes.

O desconhecimento das mulheres e acompanhantes sobre o que seria violência obstétrica impede a denúncia e reivindicação de seus direitos. Normalmente, a VO não é denunciada, o que implica na falta de dados qualitativos e quantitativos para evidenciar a magnitude do problema (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995 apud WOLFF; WALDOW, 2008) e auxiliar no processo de planejamento e organização de políticas de saúde. Essa proposta de intervenção parte do princípio que a sensibilização e o fornecimento de informação à mulher possibilitam seu empoderamento e que este, baseado no direito à autonomia e ao cuidado integral do indivíduo para que o mesmo seja agente ativo do próprio cuidado, é fundamental para a reivindicação de seus direitos e para a garantia de valores fundamentais do SUS.

Outra forma de dar visibilidade ao tema enquanto problema de saúde pública é utilizar a consulta pós-natal como um espaço estratégico para o profissional ouvir o relato da puérpera e identificar uma possível ocorrência de violência obstétrica, realizando a notificação epidemiológica através da ficha de comunicação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Dessa forma seria possível mensurar a questão e planejar políticas para a prevenção e controle da VO.

Para que tudo isso seja possível, se fazem necessárias ações de educação permanente em saúde com os profissionais envolvidos no processo. Para além dos profissionais atuantes em maternidades, no contexto da Atenção Primária em Saúde, essas ações promovem a reflexão das equipes sobre a realidade da assistência ao parto na sua região e sua atuação

---

até a construção de vínculo com o futuro bebê, o que poderia ainda cumprir um papel de prevenção de depressão pós-parto, por exemplo.



nesse cenário, trazendo a necessidade de se pensar o pré-natal como espaço importante de compartilhamento de informações e pactuação de estratégias (TESSER, 2015).

Um dia após a exibição de uma reportagem no programa Fantástico da Rede Globo, veiculada no dia 09 de janeiro de 2022, que mostrou vídeos de um trabalho de parto de uma famosa pessoa brasileira onde o médico obstetra comete VO, a Prefeitura do Rio de Janeiro realizou um post na rede social *Instagram* elucidando sobre a utilização da Central 1746, principal canal de atendimento ao cidadão, para a denúncia de VO.

Violência obstétrica não pode ser normalizada!

Ela pode acontecer durante a gestação, no parto ou no pós-parto. O 1746 conta com um canal exclusivo para acolher e ouvir mulheres que foram vítimas. Veja como identificar esse tipo de violência e denuncie!

Não é necessário falar sua identidade, apenas informar o dia, o horário, o local e o profissional que cometeu o ato.

Mamães, não se calem! Estamos com vocês (RIO DE JANEIRO, 2022, on-line).

A Central 1746 está disponível através de telefone, portal, aplicativo, nas redes sociais *WhatsApp* e *Facebook* e como atendimento presencial, distribuídas nas Gerências Executivas Locais da cidade e é uma importante ferramenta de comunicação entre a população e os serviços da Prefeitura, incluindo os de saúde, onde é possível acompanhar a devolutiva de sua demanda.

Apesar da discussão em torno desse fenômeno ter aumentado recentemente, ganhando espaço nas mídias, pesquisas científicas e no debate público da sociedade, a violência obstétrica ainda é bastante encoberta. Enquanto o corpo feminino for medicalizado, a autonomia das mulheres negada ou reprimida e os serviços de saúde não basearem seu tratamento a partir de evidências científicas sólidas e atuais, a VO continuará a ser perpetuada. Deste modo, espera-se que este trabalho possa contribuir para o seu reconhecimento e visibilidade, favorecendo a redução da violência obstétrica no sistema de saúde carioca.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Janaína Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010005000035>.
- ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. A metáfora do corpo: um olhar sobre a obra de Emily Martin. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, n. 1, p. 247-249, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2008000100022>.
- BOHREN, Meghan A *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, July 2017. DOI: 10.1002/14651858.
- BONET, Octavio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. 136 p. ISBN 85-7541-046-6.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório de recomendação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 381 p. Disponível em: [https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio\\_Diretriz-PartoNormal\\_CP.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, jun. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 4 maio 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, jun. 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 4 maio 2019.
- CARVALHO, Clarissa Sousa de. Violência obstétrica: etnografia de uma comunidade no Facebook. *In*: REUNIÃO EQUATORIAL DE ANTROPOLOGIA, 5.; REUNIÃO DE ANTROPÓLOGOS DO NORTE E NORDESTE, 14., 2015, Maceió. **Anais [...]**. Disponível em: <https://evento.ufal.br/anaisreaabanne/>. Acesso em 05 abr. 2020.
- CARVALHO, Vanessa Franco de *et al.* Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do Sul do Brasil. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 11, n. esp., p. 92-98, 2010. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4667/3480>. Acesso em: 8 abr. 2020.
- CIELLO, Cariny *et al.* **Dossiê da violência obstétrica: “parirás com dor”**: dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. [Brasília: Senado Federal], 2012. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2020.

DAVIS-FLOYD, Robbie. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, suppl., p. 5-23, 2001. Disponível em: [http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/the\\_technocratic\\_humanistic\\_and\\_holistic\\_paradigms\\_of\\_childbirth.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf). Acesso em: 05 abr. 2020.

DINIZ, Carmen Simone Grilo *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p.253-259, mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, set. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>.

DINIZ, Carmen Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O ‘corte por cima’ e o ‘corte por baixo’: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307211773\\_O\\_corte\\_por\\_cima\\_e\\_o\\_corte\\_por\\_baixo\\_o\\_abuso\\_de\\_cesareas\\_e\\_episiotomias\\_em\\_Sa\\_o\\_Paulo](https://www.researchgate.net/publication/307211773_O_corte_por_cima_e_o_corte_por_baixo_o_abuso_de_cesareas_e_episiotomias_em_Sa_o_Paulo). Acesso em: 02 dez. 2020.

DINIZ, Caroline da Silva. **A vivência do parto e a violência obstétrica na visão das mulheres**: um estudo de revisão bibliográfica. 2019. 66 f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 101-116, 2014.

FADYNHA. **A doula no parto**: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente. 3. ed. São Paulo: Ground, 2011.

FERREIRA, Jaqueline. Cuidados do corpo em vila de classe popular. *In*: DUARTE, Luis Fernando Dias; LEAL, Ondina Fache (org.). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p. 49-56. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/yw42p/pdf/duarte-9788575412572-03.pdf>. Acesso em 17 ago. 2021.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 288 p.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010. Disponível em: [https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa\\_.org\\_.br\\_sites\\_default\\_files\\_pesquisaintegra.pdf](https://apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/www.fpa_.org_.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf). Acesso em: 11 abr. 2020.

GOES, Emanuelle. Violência obstétrica e o viés racial. **Cebes**, 14 mar. 2018. Disponível em: <http://cebes.org.br/2018/03/violencia-obstetrica-e-o-vies-racial/>. Acesso em: 23 dez. 2018.

GRADIM, Clícia Valim Côrtes. Violência no parto: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1299-1308, 2017. DOI: 10.5205/reuol.10544-93905-1-RV.1103201721.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Nascer no Brasil**: inquérito nacional sobre parto e nascimento (2011-2012). Rio de Janeiro: Fiocruz, c2019. Disponível em: [https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us\\_portfolio=nascer-no-brasil](https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil). Acesso em: 7 abr. 2020.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* (org). **Nascer no Brasil**: sumário executivo temático da pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>. Acesso em: 26 de outubro de 2018.

LEÃO, Viviane Murilla; OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de. O papel da doula na assistência à parturiente. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 24-29, jan./mar. 2006. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v10n1a05.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

MAÍRA LIBERTAD. **É fácil enxergar a violência obstétrica no monstro e na ação monstruosa, assustadora [...]**. 23 jan. 2022. Facebook: mairalibertadparteira. Disponível em: <https://www.facebook.com/mairalibertadparteira/posts/1140413720118823>. Acesso em: 23 jan. 2022.

MARTINELLI, Andréa. Ministério da Saúde reconhece uso do termo ‘violência obstétrica’ por mulheres: documento garante às mulheres a liberdade de usar o termo, porém não cita que retomará o uso dele em políticas públicas. **Huffpost**, 10 jun. 2019. Disponível em: [https://www.huffpostbrasil.com/entry/violencia-obstetrica-inisterio\\_br\\_5cfed3b5e4b0da64c5363959](https://www.huffpostbrasil.com/entry/violencia-obstetrica-inisterio_br_5cfed3b5e4b0da64c5363959). Acesso em: 17 abr. 2020.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. *In*: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003. Disponível em: [https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf). Acesso em: 05 dez. 2021.

O RENASCIMENTO do parto. Direção: Eduardo Chauvet. Produção: Érica de Paula. Brasil: Masterbrasil, 2013. vídeo (90 min).

OLIVEIRA, Mayra de Castro; MERCES, Magno Conceição das. Percepções sobre a violência obstétrica na visão das puérperas. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 6, p. 2483-2489, maio. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23415/19090>. Acesso em: 11 abr. 2020.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. **O sensível e o insensível na sala de parto**: interdiscursos de profissionais de saúde e mulheres. 2016. 159 f. Tese (Doutor em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016. Disponível em: [https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDOAHHJSV/1/virginia\\_junqueira\\_oliveira.pdf](https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ANDOAHHJSV/1/virginia_junqueira_oliveira.pdf). Acesso em: 26 nov. 2020.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 02, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006500015>.

PALHARINI, Luciana Aparecida. Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 49, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490007>.

PEDROSO, Clarissa Niederauer Leote da Silva; LÓPEZ, Laura Cecilia. À margem da humanização?: Experiências de parto de usuárias de uma maternidade pública de Porto Alegre-RS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 04, p. 1163-1184, dez. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400016>.

RIO DE JANEIRO (Município). Prefeitura do Rio de Janeiro. **Violência obstétrica não pode ser normalizada**. Rio de Janeiro, 10 jan. 2022. Instagram: @prefeitura\_rio. Disponível em: [https://www.instagram.com/tv/CYjOty1q6Q2/?utm\\_medium=copy\\_link](https://www.instagram.com/tv/CYjOty1q6Q2/?utm_medium=copy_link). Acesso em 11 jan. 2022.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 595-602, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500011>.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença**: sexo e gênero na medicina da mulher. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 224 p. (Coleção Antropologia & Saúde). Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/8m665/pdf/rohdn-9788575413999.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2021.

RUDEY, Edson Luciano *et al.* Defensive medicine and cesarean sections in Brazil. **Medicine**, v. 100, jan. 2021. DOI: 10.1097/MD.00000000000024176.

SALIM, Natália Rejane *et al.* Os sentidos do cuidado no parto: um estudo intergeracional. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 4, dez. 2012. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/30358/19647>. Acesso em: 05 abr. 2020.

SANFELICE, Clara Fróes de Oliveira *et al.* Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 362-370, 2014. DOI: 10.15253/2175-6783.2014000200022.

SANTOS, Teresa. Alta incidência de processos contra obstetras fomenta prática de medicina defensiva no Brasil. **Medscape**, 8 jan. 2021. Disponível em: <https://portugues.medscape.com/verartigo/6506041>. Acesso em: 25 nov. 2021.

SENS, Maristela Muller; STAMM, Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, e170915, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.170915>.

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. DOI: 10.5712/rbmfc10(35)1013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=C55D71C0307C5D8C1DC69EB664D334D3?sequence=1>. Acesso em: 26 abr. 2020.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.138-151, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000300014>.

ZORZAM, B. A. O. Z. **Informações e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias dos SUS e da saúde suplementar 2013. 225 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10112013-223016/publico/BiancaAlves.pdf>. Acesso em: 02 maio 2021.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

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

Entrevista n°: \_\_\_ Hora do início: \_\_\_\_\_ Hora do término: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Quantos anos de atuação na área obstétrica: \_\_\_\_\_

Funções ou cargos: \_\_\_\_\_

Tipos de vínculos trabalhistas e carga horária: \_\_\_\_\_

### EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

1. Gostaria de saber por que você escolheu se especializar na área da obstetrícia.
2. Qual a sua rotina profissional, no ambiente de trabalho? Normalmente você atende quantas mulheres em um dia de trabalho?
3. Como você avalia suas condições de trabalho na rede pública e privada? Quais as diferenças? Você teria alguma sugestão para melhorar a assistência oferecida?
4. Descreva como você percebe a relação entre você e as usuárias durante o trabalho de parto e o parto.
5. Que casos destacaria como sendo mais “fáceis” e mais “difíceis” de lidar? Por quê?
6. Como você vê a assistência prestada pela enfermagem e pela medicina no momento de trabalho de parto e parto?
7. Descreva uma situação positiva vivenciada na sala de parto entre você e a usuária.

### PERCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA

8. O que você considera ser um desrespeito com a mulher gestante, parturiente ou puérpera?
9. No seu dia a dia, você presencia ou já presenciou desrespeito contra pacientes dentro de um serviço de saúde? Com que frequência?
10. Você já viveu uma situação negativa na sala de parto? Poderia falar sobre isso?
11. Você consegue imaginar um motivo para isso acontecer?
12. Quais os critérios que você utiliza para definir qual será o tipo de parto (se médico) e quando fará intervenções?
13. Nos serviços de saúde que você atua, quais dos eventos a seguir ocorrem e qual a frequência (rotineira, mediana, rara ou nunca)?
  - Tricotomia;



- Nascimento de bebê empelidado;
  - Posição litotômica;
  - Episiotomia;
  - Hora dourada (Golden hour);
  - Infusão de ocitocina;
  - Cirurgia cesárea;
  - Puxo dirigido;
  - Manobra de Kristeller;
  - Rotura artificial ou descolamento de membranas;
  - Quanto tempo se espera para cortar o cordão umbilical?
14. O que você entende por violência obstétrica? Na sua opinião, quais situações podem ser caracterizadas como VO? Acha que ocorre VO em algum dos ambientes que você trabalha?
15. No seu entendimento, quais as repercussões da VO para a vida e saúde da mulher?
16. Conhece alguma lei ou norma sobre o tema?

### **FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE**

17. Alguma vez a questão da violência contra mulheres foi abordada na sua formação profissional? Quando?
18. A unidade de saúde que você atua oferece ou já ofereceu algum tipo de treinamento ou orientação sobre?
19. Você, por conta própria, já teve contato com a temática da humanização?
20. Gostaria de falar algo que não foi abordado e você considera importante?
21. Poderia indicar alguém que aceitaria/gostaria/poderia participar da pesquisa?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa de residência intitulada “Violência e Obstetrícia sob a ótica de profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro: a atuação do enfermeiro e médico obstetra”, conduzida por Caroline Diniz. Este estudo tem por objetivo analisar a percepção que profissionais de saúde da obstetrícia possuem a respeito da violência obstétrica.

Você foi selecionado por ser enfermeiro ou médico obstetra atuante ou que tenha atuado na rede pública e privada de saúde.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas. O conteúdo da entrevista versa sobre sua experiência e rotina profissional e percepções sobre violência obstétrica. A entrevista tem duração prevista de uma hora, a ser realizada no local que lhe for mais conveniente. Apenas a pesquisadora responsável estará presente, e o áudio da entrevista será gravado apenas para facilitar a análise, não sendo seu conteúdo na íntegra divulgado em nenhum meio.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Os riscos envolvidos com a sua participação nesta pesquisa se dão devido ao possível sentimento de desconforto que possa sentir. Para minimização desses riscos, além da livre desistência e garantia de anonimato, será pactuado com os gestores municipais e estaduais de saúde a viabilidade de se realizar educação permanente sobre o tema.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados a nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

Não há qualquer incentivo financeiro para a participação, nem despesas previstas.

A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em

Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da pesquisadora responsável: Caroline Diniz, residente em Saúde Coletiva do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC-UFRJ), residente em Rua Honório, 730/202, Todos os Santos. Email: carolinedsdiniz@gmail.com. Telefone: (21) 97184-4865.

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro: Praça Jorge Machado Moreira, nº 100-Prefeitura Universitária, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, CEP 21941-598, telefone (21) 3938-2598. E-mail: cep.iesc@gmail.com.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa “Violência e Obstetrícia sob a ótica de profissionais de saúde do município do Rio de Janeiro: a atuação do enfermeiro e médico obstetra”, que possui Certificado de Apresentação de Apreciação Ética sob o número 34683020.7.0000.5286, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_