

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Lizandra Flores Chourabi

Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil-um estudo à luz do conceito de violência obstétrica

Rio de Janeiro

2018

Lizandra Flores Chourabi

Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil-um estudo à luz do conceito de violência obstétrica

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, Área de Concentração: Violência e Saúde

Orientador (a): Prof^ª Dr.^a Kathie Njaine

Coorientador (a): Prof^ª Dr.^a Fatima Cechetto

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

C552r Chourabi, Lizandra Flores.
 Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um hospital universitário do sul do Brasil-um estudo à luz do conceito de violência obstétrica / Lizandra Flores Chourabi. -- 2018.
 188 f. : il. color. ; graf.

 Orientador: Kathie Njaine.
 Coorientadora: Fatima Cechetto.
 Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.
 1. Parto Obstétrico. 2. Violência contra a Mulher. 3. Política Pública. 4. Tocologia. 5. Hospitais Universitários. 6. Educação Continuada. 7. Identidade de Gênero. 8. Saúde da Mulher. 9. Parto Humanizado. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.83

Lizandra Flores Chourabi

**Representações e práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias
sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil-
um estudo à luz do conceito de violência obstétrica**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de Concentração: Violência e Saúde.

Aprovada em: 14/08/2018

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Liane M. Braga Silveira
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Willer Baumgarten Marcondes
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a Maria da Conceição Oliveira
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dr. Ricardo José Oliveira Mouta
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a. Kathie Njaine (Orientador)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dr.^a. Fatima Cechetto (Coorientadora)
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2018

*Às mulheres e profissionais de saúde que buscam
uma assistência obstétrica com respeito às escolhas*

AGRADECIMENTOS

Às professoras, amigas e orientadoras Dr.^a Kathie Njaine e Dr.^a Fatima Cechetto, que sempre me auxiliaram e me conduziram por esse caminho solitário que é fazer uma tese de doutorado. Vocês contribuíram para o meu crescimento, orientando em alguns caminhos, sugerindo outros e me fazendo uma pessoa melhor, com o afeto, a competência e a dedicação com que exercem seu trabalho!

Aos professores da banca, Dr.^a Liane M. Braga Silveira, Dr. Willer B. Marcondes, Dr.^a Maria da Conceição Oliveira, Dr. Ricardo José Oliveira Mouta meus respeitosos agradecimentos pela valiosa contribuição. E às professoras suplentes Dr.^a Adalgisa P. Ribeiro e Dr.^a Edinilsa R. de Souza que apesar de não estarem presencialmente se dispuseram a fazer parte da banca.

À Pós-Graduação em Saúde Pública – direção, professores e técnicos – por me fornecer os meios necessário à produção científica qualificada.

À CAPES/CNPq que me apoiou com o financiamento, que foi primordial para proporcionar a contribuição para o meu amadurecimento intelectual e crescimento cultural.

Às mulheres participantes desta pesquisa, que dividiram seus depoimentos, suas vidas suas tristezas. O meu eterno obrigado!

Aos profissionais de saúde do Hospital Universitário de Santa Maria que estão na luta por uma assistência de qualidade na atenção obstétrica.

Ao meu amigo e companheiro Khaled, que conheci durante o percurso do doutorado e que tem me compreendido, sendo minha fiel companhia nesta jornada.

Aos meus queridos e amados filhos Letícia e Marcos, pela compreensão nas minhas ausências e também por entender minhas escolhas. Tudo que faço é pensando em vocês.

RESUMO

Partindo de um referencial socioantropológico, o presente estudo analisa as representações e as práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que lançou mão da observação etnográfica e de entrevistas semiestruturadas para apreender a dimensão da subjetividade do universo estudado. Os participantes do estudo foram 10 profissionais de saúde (quatro médicos, cinco enfermeiras e uma técnica de enfermagem) que trabalham nos serviços de atendimento obstétrico e 15 mulheres. O Centro Obstétrico do HU e os domicílios das mulheres foram os cenários do estudo. Observou-se que os partos considerados fisiológicos são pouco ensinados no HU e que os profissionais de saúde atuam prioritariamente dentro do modelo de atenção biomédico e tecnocrático. As mulheres destacam diferentes formas de violências sofridas tais como a negligência, a não valorização das suas queixas e o tratamento frio e impessoal por parte dos profissionais. Observou-se ao longo do trabalho que as intervenções como a manobra de kristeller, a posição supina, a episiotomia e a ocitocina são utilizadas de forma subsequentes nas práticas obstétricas, independente dos desejos das mulheres. Alguns profissionais reconhecem que a administração recorrente da ocitocina e o recurso à episiotomia são formas de violências obstétricas. No entanto, indicam que essa forma de violência contra a mulher precisa ser mais debatida no meio acadêmico. Conclui-se que é indispensável que ocorram mudanças na formação acadêmica dos profissionais de saúde do HU, de forma a valorizar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento preconizados pela Política de Humanização ao Parto e Nascimento, valorizando a equipe multiprofissional de forma efetiva e o protagonismo das mulheres. A força dos movimentos sociais tem clamado por justiça pelas mortes perinatais ocorridas no HU, colocando as mulheres em permanente “estado de vigilância” contra a violência obstétrica.

Palavras-chave: Violência Obstétrica, Políticas de atenção ao Parto e Nascimento, Hospitais Universitários, Formação Continuada, Gênero, Saúde da Mulher

ABSTRACT

Based on a socio-anthropological framework, the present study analyzes the representations and social practices of health professionals and users about childbirth care in a University Hospital in Southern Brazil. It is a qualitative research that used ethnographic observation and semi-structured interviews to understand the dimension of the subjectivity of the studied universe. Participants in the study were 10 health professionals (four physicians, five nurses and one nursing technician) who work in obstetric care services and 15 women. The HU Obstetric Center and the women's homes were the study scenarios. It was observed that the deliveries considered physiological are little taught in the HU and that the health professionals act as a priority within the model of biomedical and technocratic attention. Women highlight different forms of violence suffered such as negligence, the non-appreciation of their complaints and the cold and impersonal treatment by the professionals. It has been observed throughout the work that interventions such as kristeller maneuver, supine position, episiotomy and oxytocin are used subsequently in obstetrical practices, regardless of the wishes of women. Some practitioners acknowledge that recurrent administration of oxytocin and episiotomy are forms of obstetric violence. However, they indicate that this form of violence against women needs to be more debated in the academic world. It is concluded that it is essential that changes in the academic training of HU health professionals take place, in order to value the good practices of attention to childbirth and birth advocated by the Humanization Policy at Childbirth and Birth, valuing the multiprofessional team effectively and the leading role of women. The force of social movements has been clamoring for justice for perinatal deaths in the HU, placing women in a permanent "surveillance state" against obstetric violence.

Keywords: Obstetric Violence, Care Policies at Birth and Birth, University Hospitals, Continuing Education, Gender, Women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde
CEP	Comite de Ética em Pesquisa
CRM	Conselho Regional de Medicina
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FPA	Fundação Perseu Abramo
HU	Hospital Universitário
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
OMS	Organização Mundial da Saúde
(WHO)	Organização Mundial de Saúde (World Health Organization).
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PRMISPS	Programa de Residência Multiprofissional Integrada dos Sistemas Públicos de Saúde
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	TIRANDO O JALECO	11
1.1	BREVE PANORAMA SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	16
1.1.1	Os profissionais de saúde e as práticas nas maternidades	17
1.1.2	O abuso de cesarianas no Brasil	22
1.1.3	O parto e as intervenções desnecessárias	25
2	PARTO NA HISTÓRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	28
2.1	HISTÓRIA DO PARTO NA HUMANIDADE	28
2.2	NATUREZA, CULTURA E PARTO	33
2.3	GÊNERO, CLASSE E PARTO HOSPITALAR	35
2.4	O PARTO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS	39
2.5	POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO	40
2.6.	O OLHAR DA SAÚDE COLETIVA SOBRE O PROCESSO REPRODUTIVO	45
2.7	UM OLHAR SOCIOANTROPOLÓGICO PARA AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DOS HOSPITAIS DE ENSINO	48
3.	BASES METODOLÓGICAS	54
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA	57
3.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	61
3.3	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	65
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	67
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
4.1	AS VELHAS E NOVAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NAS PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	71
4.1.1	Práticas iatrogênicas que se perpetuam sem respaldo científico	73
4.1.2	Ausência de protocolos definidos e o risco à segurança do paciente...	80
4.1.3	Empirismo no processo de ensino aprendizagem	84
4.1.4	A comunicação conflituosa entre as equipes	88
4.2	OS SABERES, A LEGITIMIDADE E A AUTONOMIA DA CATEGORIA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA	92
4.2.1	Relações desiguais de poder	92
4.2.2	Reconhecimento profissional das enfermeiras obstétricas para os partos de risco habitual: a regionalização. a burocratização . e o cerceamento da profissão na contramão do cuidado	94
4.2.3	O movimento de mudança de paradigma tecnocrático para o	

	humanista	98
4.2.4	FRAGILIDADE NA INTEGRAÇÃO ENSINO E SERVIÇO	103
4.3	A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VISÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS: SOFRIMENTO E EMOÇÃO DO NASCER	105
4.3.1	Violência obstétrica como conceito a ser discutido no campo ensino- serviço	105
4.3.2	A força dos movimentos sociais para trazer à luz as discussões no campo	118
4.3.3	Representações sociais e experiências das mulheres de violência obstétrica	122
4.3.4	Não valorização das queixas da parturiente	124
4.3.5	Tipificações da violência obstétrica nas representações das usuárias	125
4.3.6	Humanização versus violência obstétrica	129
4.3.7	A segurança hospitalar questionada	131
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
	REFERÊNCIAS	143
	GLOSSÁRIO	164
	ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITE DE ÉTICA E PESQUISA	166
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	173
	ANEXO C-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MULHERES	174
	ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS	178
	ANEXO E-ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DO CENÁRIO HOSPITALAR	182
	ANEXO F-ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS ...	184
	ANEXO F-ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES	185
	ANEXO G- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MULHERES	186

INTRODUÇÃO

1. TIRANDO O JALECO

Helena¹, primeiro filho, chegou ao centro obstétrico com 39 semanas e com 8 cm de dilatação, sinais de que estava próxima à dar à luz. Estava acompanhada de sua mãe e do marido que aguardavam do lado de fora desse centro. Encontrei a parturiente deitada na maca de atendimento do box de consulta sozinha, com muitas dores devido às contrações. Uma doutoranda² entrou e fez um exame para o monitoramento dos batimentos cardíacos do bebê, uma cardiotocografia³. Para este exame, a parturiente deve permanecer deitada de barriga para cima, sem poder se movimentar. O exame ultrapassou o tempo previsto de 20 minutos, levando cerca de 45 minutos. A mulher reclamava o tempo todo de um grande desconforto e solicitava a retirada do aparelho. Devido à imobilidade e por conta de vários outros exames concomitantes que também eram realizados na parturiente, a mesma reclamava e sentia mais dor, mas era orientada pela doutoranda, que entrava e saía várias vezes do box, a aguentar firme até terminar. A doutoranda coletava dados sobre o pré-natal, exames e ultrassom, para que a residente do primeiro ano (R1) pudesse preencher a ficha de internação. Outros estudantes também entravam e saíam do box, fazendo perguntas à parturiente que aparentava estar exausta, pois mal conseguia responder às perguntas que lhe faziam os médicos. O parto parecia estar bem próximo, uma vez que as feições de dor e os gritos de Helena aumentavam a cada contração. A R1 se encontrava no balcão junto ao computador fazendo as anotações e me disse que estava muito cansada por estar há 30 horas no serviço. Era o seu terceiro dia de trabalho no centro obstétrico. Terminado os exames e o processo de internação, Helena foi transferida para um leito no corredor, pois a ala de pré-parto estava lotada. Nesse momento, o marido da parturiente chegou e ela foi orientada pela R1 a deitar no leito, dizendo: “vamos romper sua bolsa”. A residente do terceiro ano (R3), que era o profissional mais experiente no centro obstétrico no momento, veio realizar o procedimento de rompimento da bolsa e ensinou a R1 a técnica de introduzir o amniótomo⁴ enquanto Helena tinha contrações. Em seguida a R3 auscultou os batimentos do bebê e pediu à parturiente para fazer “força comprida”⁵ enquanto fazia toque vaginal. Logo após o rompimento da bolsa

¹ Nome fictício

² Os estudantes de medicina são chamados de doutorandos pelos demais membros da equipe, e são confundidos com médicos pelas pacientes e acompanhantes.

³ Cardiotocografia são eletrodos ligados a um monitor e colocados na barriga da mulher em torno de 20 minutos, quando registra de modo contínuo a frequência cardíaca e os movimentos do bebê, bem como a presença e a duração de contrações do útero.

⁴ Pequeno instrumento de plástico com forma de gancho que se utiliza para realizar ruptura da bolsa amniótica. O gancho se introduz na vagina e depois passa pelo colo uterino até chegar na bolsa amniótica.

⁵ Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.

e avaliação do toque vaginal pela R3, a R1 voltou a ficar sozinha com a parturiente e continuou a insistir para que a mesma fizesse força como se fosse fazer “cocô”. Em seguida, um residente do segundo ano entrou no local e repetiu o toque vaginal mais uma vez. A R2 disse que a parturiente estava com 9 cm e falou *é cedo ainda, esse bebê tinha que descer mais, acho que precisa corrigir esta dinâmica, vamos colocar ocitocina*⁶. A técnica de enfermagem e a enfermeira prontamente instalaram o soro com a medicação e, em seguida, as contrações se tornaram mais intensas e dolorosas, como denunciavam as expressões faciais da parturiente. Antes de colocar o soro com a ocitocina a parturiente estava se movimentando próximo ao leito, e após a medicação já não conseguia se movimentar. Quando encaminhada para sala de parto, apesar de Helena não estar conseguindo mais andar, foi orientada pela R2 a caminhar carregando o soro preso ao seu braço para facilitar a descida do bebê. Na sala de parto foi posicionada com a barriga para cima e colocados panos estéreis sobre as suas pernas e abdômen pela R1. Feitos os procedimentos de assepsia, a parturiente continuou a ser orientada a fazer força. Sem conseguir dar à luz, a R2 orientou a R1 a realizar o corte entre a vagina e o períneo da paciente (episiotomia). Desde o primeiro momento que Helena deu entrada na sala de parto até o nascimento do seu filho, 10 pessoas (três residentes, quatro acadêmicos de medicina, um preceptor da pediatria, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira generalista) a examinaram e a orientaram a empurrar e fazer força para o bebê nascer. A R1 era orientada pela R2 a fazer o toque vaginal e ao mesmo tempo a realizar movimentos de massagem e distensão do períneo, o que fazia Helena sentir muita dor a ponto de pedir para parar. No intervalo das contrações, enquanto a paciente descansava das dores e do esforço para parir, notei que os residentes e os demais presentes na sala se concentravam nos órgãos genitais da parturiente como que ansiando pela saída do bebê. O marido de Helena estava ao lado da sua mulher e se encontrava visivelmente emocionado com aquele momento. Assim que nasceu, todos os olhares dos profissionais se concentraram na criança. A R1 da pediatria, orientada por seu preceptor, passou a realizar os procedimentos no bebê como aspirar as vias aéreas, passar uma sonda no estômago⁷, administrar a vitamina K intramuscular⁸ e, por último, averiguar o peso. Em seguida aos procedimentos, o recém-nascido foi colocado em um berço aquecido enquanto sua mãe era suturada. A cada ponto da sutura, Helena queixava-se de dor, mas parecia não ser ouvida pela R1 que se mostrava irritada com as reclamações, dizendo em tom ameaçador *não se mexe, senão vou te deixar torta e não vou conseguir fazer*.

6

⁷ O aspirado gástrico é a introdução de uma sonda nasogástrica através do nariz até a cavidade gástrica do bebê.

⁸ Kanakion é a medicação usada no recém-nascido para prevenção da doença hemorrágica.

Esta é uma das cenas que presenciei durante o período do trabalho de campo da presente pesquisa. Para tanto, tive que exercitar uma das mais difíceis tarefas de um pesquisador que é separar o olhar do profissional do olhar do investigador. “Tirar o jaleco” e tornar-me uma observadora do parto com um olhar antropológico fez com que eu visse o centro obstétrico do hospital universitário, local deste estudo, como um cenário revelador de muitas nuances do parto e nascimento. Verifiquei questões problemáticas de saúde pública relacionadas ao nascer que causam o sofrimento de muitas parturientes no momento de dar à luz.

Observei que a parturiente estava sozinha no box de atendimento, além disso, ficou um tempo excessivo com um aparelho preso ao seu corpo, sem poder se mexer e sentindo dor. A aplicação da ocitocina para aumentar as contrações que, segundo o residente, estavam espaçadas, resultou em mais dor e imobilidade no momento em que Helena precisava estar com seus movimentos mais liberados.

O toque vaginal realizado a todo o momento e ao final no parto com movimentos rotatórios foi realizado sem a verificação das anotações anteriores. Isto mostra que não há um cuidado quanto ao tempo entre cada toque realizado, acontecendo muitas vezes em intervalos bem curtos, podendo ser considerado um abuso da técnica pelos estudantes em formação. O tempo médio em trabalho de parto após a admissão é de 5-6 horas. Em muitos casos não são necessários mais do que dois exames vaginais, segundo as recomendações da OMS (1996) para a condução do trabalho de parto. Além disso, os exames de toques vaginais precisam ser registrados em partograma⁹, que avalia também ausculta de batimento cardíaco fetal (BCF), integridade da bolsa das águas (rota ou íntegra), características do líquido amniótico (claro ou com presença de mecônio), descida da apresentação (plano de De Lee), frequência das contrações e medicamentos e fluidos infundidos e analgesia, caso tenha sido utilizada (BRASIL, 2001).

O toque vaginal deve ser realizado com parcimônia e não como uma intervenção de rotina durante o trabalho de parto. O excesso deste procedimento é uma iatrogenia¹⁰ que pode levar a um parto vaginal operatório¹¹ (parto a fórceps) ou cesariana devido à intervenção

⁹ Partograma é a representação gráfica do trabalho de parto que permite acompanhar sua evolução, documentar, diagnosticar alterações e indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção destes desvios, ajudando ainda a evitar intervenções desnecessárias.

¹⁰ Entende-se por iatrogenia a noção de algo danoso causada por profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas e demais profissionais, num ato que provocará prejuízos ao paciente (TAVARES, 2005).

¹¹ Parto a fórceps são instrumentos (colheres) que são ligados à cabeça do bebê para que ele possa ser retirado por via vaginal, no parto normal. <<https://brasil.babycenter.com/a1500709/parto-assistido-por-f%C3%B3rceps-ou-v%C3%A1cuo-extrator-ventosa#ixzz54ISFi8GR>>.

desnecessária (DOWNE, et al., 2013). A exigência da posição horizontalizada e o comando incessante dos residentes para a paciente fazer força além da sua capacidade corporal não facilitou em nada a saída do bebê. A decisão da equipe médica de realizar o corte vaginal no períneo intensificou o sofrimento de Helena, que foi ainda mais agravado pela sutura sem anestesia suficiente para suportar a dor.

Imaginei o quanto esse sofrimento poderia ter sido evitado se alguns dos procedimentos não fossem realizados desta forma, conforme preconizam algumas diretrizes da Política de Humanização do Parto, um dos temas que este trabalho irá refletir.

Percebe-se o quanto houve de interferência nos processos fisiológicos no parto de Helena e da confirmação após o parto por ela de que tais procedimentos foram necessários para ajudá-la a parir. As pessoas conversavam em tom alto entre si, menos com Helena, que em nenhum momento falava ou era consultada e/ou informada sobre as intervenções realizadas no seu corpo. Isso desvela um pouco das relações de poder que estavam em curso desde a sua entrada no centro obstétrico até o parto.

A fala de Helena ao ser interpelada por mim no pós-parto, quanto aos toques realizados no seu corpo, evidenciou uma forma bastante naturalizada e esperada de obediência à autoridade médica, uma espécie de resposta automática às forças compulsivas que agiam sobre ela: *Fiz tudo que foi solicitado pelos profissionais de saúde (...) fizeram o pique, o sorinho, me falavam para fazer força, tudo é necessário para ajudar a gente.*

Provavelmente, o tempo para Helena era de uma outra ordem que não a cronológica. Era um tempo emocional, no qual a espera pelo seu filho era a única coisa que importava. Qual seria a alternativa? Ela parecia ceder seu corpo para as intervenções sem se dar conta das violências perpetradas. Helena tinha conhecimento sobre o poder médico exercido sobre seu corpo, inclusive conferindo a ele legitimidade. Devido a esse conhecimento do discurso dominante, a violência simbólica se manifesta através do reconhecimento da legitimidade desse discurso. Para Bourdieu, a violência simbólica é o meio de exercício do poder simbólico (BOURDIEU, 2005), tornando-se uma relação tensamente equilibrada.

Este relato foi escolhido porque nele encontram-se muitos elementos que integram o parto descrito como tecnocrático, medicalizado e hospitalocêntrico, que caracterizam o modelo biomédico de assistência (FLOYD, 2009). Dentro desta visão, o parto é pensado como um evento patológico, por ser um ato médico, praticado dentro de uma instituição hospitalar, visto como um local de cura.

Há mais de 20 anos atuo como enfermeira obstétrica e há 10 anos em um Hospital Universitário na região sul do país. Nesta trajetória pude observar que vem ocorrendo muitos

avanços na atenção ao parto e nascimento, porém também presenciei muitas práticas violentas e abusivas no processo da parturição, que podem ser consideradas um contrassenso em relação às políticas públicas e ao que vem sendo evidenciado pelas pesquisas sobre a atenção ao parto e nascimento.

Desde a minha inserção neste hospital, inquietava-me com a recorrente condição de fragilidade das mulheres, ao se submeterem a todos os procedimentos e intervenções. Isso me fez interrogar de que modo se dava os cuidados às mulheres no parto em maternidades, voltando meu olhar para o tema da violência obstétrica.

A minha experiência pessoal de ter tido a possibilidade de passar por dois partos normais, assim como por todas as atividades ligadas à gestação e ao parto, me faz acreditar que tenha facilitado o meu entendimento de que o parto é um momento da vida da mulher que necessita de sensibilidade e empatia dos profissionais que estão a prestar a assistência às mulheres neste período. O nascimento de um filho é um momento simbólico na vida da mulher, devido a isso há a necessidade de se entender os aspectos culturais.

Realizei o curso de doulas¹² para qualificar ainda mais a minha prática profissional como enfermeira obstetra. A doula não pode realizar partos como as enfermeiras obstetras, mas pode fornecer às mulheres apoio físico e emocional durante o trabalho de parto e o parto. Assumi como compromisso na minha ocupação como doula e enfermeira obstetra atender gestantes, familiares e acompanhantes gratuitamente no grupo Nascer Sorrindo-Santa Maria, que tem como objetivos: transmitir, elucidar, solucionar, dar suporte às gestantes e aos seus familiares. O grupo inicialmente partiu de um projeto de extensão realizado dentro do HU para as gestantes e puérperas na unidade de internação obstétrica, e após foi oferecido para toda comunidade de Santa Maria/RS.

O grupo informa as gestantes sobre a fisiologia da gestação, incluindo o trabalho de parto, o parto e a amamentação, privilegiando o suporte físico e emocional às mães, através de rodas de conversa e trocas de experiências. Os temas abordados pelo grupo são diversos como: nutrição na gestação, parto, humanização no nascimento, amamentação, cuidados com o recém-nascido, com encontros mensais.

Nesse grupo pude verificar que as demandas das mulheres eram por respeito ao parto normal, quando isso é natural e viável. Nas reuniões, as mulheres reiteravam posicionamentos

¹² A doula é uma profissional treinada para servir a mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. A função da doula é fornecer apoio emocional, físico e informativo à gestante. A doula oferece alívio para as dores das contrações utilizando métodos não farmacológicos, como massagens, técnicas de relaxamento e respiração, exercícios, banhos e imersão em água quente, dicas de posições, durante o trabalho de parto e parto, oferecendo principalmente encorajamento e apoio emocional

inspirados pelos movimentos sociais feministas: *Chega de parto violento para vender cesárea*.

Outra função exercida por mim como enfermeira obstetra foi atender parto domiciliar planejado. Este trabalho foi impulsionado a partir das demandas das mulheres de Santa Maria e região que buscavam uma outra forma de parir, que não a hospitalar como escolha precípua.

1.1 BREVE PANORAMA SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

O uso sistemático de condutas que não respeitam o corpo feminino é considerado como uma forma de violência, causando diversas consequências psicológicas, sociais e físicas às mulheres, tais como medo, raiva, estresse e angústia (COOK, 1995). Durante o trabalho de parto, tais sentimentos afetam diretamente a fisiologia do parto, pois em situações de estresse, o organismo libera adrenalina e inibe o hormônio ocitocina, chamado de “hormônio do amor” pelo prazer e tranquilidade que proporciona. Outros procedimentos invasivos, tais como cesárea de emergência, indução do parto e nascimento vaginal instrumental são percebidos pelas mulheres como trauma e estão associados ao aparecimento de transtorno de estresse pós-traumático (BASTOS, MCCOURT, 2010).

Para as mulheres, a vivência de passar pelo parto é de um momento que tanto pode ser maravilhoso como traumático. De acordo com um estudo realizado nos Estados Unidos, no prazo de 72 horas após o parto, com 85 adolescentes de 13 a 19 anos sobre sua vivência deste período, um terço avalia o parto como uma experiência traumática, com 50% de sintomas que indicam trauma agudo no pós-parto imediato (CHERYL, 2010). Corroborando esse achado, outro estudo, que teve por objetivo compreender as vivências de 19 puérperas sobre a atenção recebida durante o processo parturitivo em uma maternidade pública de Feira de Santana/BA, demonstra que o processo de nascimento é lembrado como perpassado por solidão, medo, dor, sofrimento e abandono (MARQUES, SOUZA, 2012).

Uma pesquisa da Fundação Perseu Abramo (FPA, 2010), realizada em 2010, em 25 unidades da federação, cobrindo áreas urbanas e rurais de todas as macrorregiões do País, entrevistou 2.365 mulheres e mostrou que 25% delas afirmaram que sofreram algum tipo de violência no atendimento ao parto, tais como fazer exame de toque de forma dolorosa ou receber negativa de alívio para dor (10%), ou ter ouvido alguma frase humilhante durante o trabalho de parto, como “não chora que no ano que vem você está aqui de novo” (15%) ou “na hora de fazer não chorou, não chamou a mamãe, por que está chorando agora” (14%).

Esse tipo de violência, também conhecida como violência obstétrica, é uma forma de violência institucional. Segundo Minayo (2013), este tipo de violência pode ser reconhecida na própria forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os atendimentos nas instituições de saúde, por meio de suas regras, normas de funcionamento, relações burocráticas e políticas.

A peregrinação em busca de uma vaga para ter um filho expressa a debilidade institucional observada pela insuficiência da capacidade de atendimento da rede pública, contrariando o que diz a Lei nº 11.634, de 2007, a qual determina que, durante o pré-natal, toda gestante deve ser orientada e ter o direito de vincular-se e conhecer a maternidade onde se prestará a assistência do seu parto (BRASIL, 2007a). Essa peregrinação durante o período de trabalho de parto é uma forma de violência que se expressa pela omissão dos serviços de saúde (SANTOS, 2000). Assegurar a recepção da mulher à sua transferência se necessário, em transporte adequado após ter conhecimento da existência de vaga no serviço de referência, é uma norma preconizada pela Resolução da Diretoria Colegiada 36 de 2008 da ANVISA (BRASIL, 2008).

1.1.1 Os profissionais de saúde e as práticas nas maternidades

Nas maternidades é comum a prática de atendimentos desumanizados por parte de médicos e enfermeiros, muitas vezes realizados de formas sutis e naturalizadas. Do outro lado, as mulheres acabam por se submeter a todos os procedimentos e intervenções, que, na maioria das vezes, não são comunicados a elas, sem questioná-los e sem nenhum poder sob seu próprio corpo durante o período do parto. A cultura institucional de muitas maternidades revela um atendimento pautado por violência velada e em desrespeito às políticas de humanização do nascimento, indicando uma fragilidade de atendimento à mulher em processo de parturição (TEIXEIRA, PEREIRA, 2006; PEREIRA, 2000).

Para D'oliveira, Diniz e Schraiber (2002), a violência cometida por profissionais que atendem o parto divide-se em quatro tipos: (a) negligência; (b) violência verbal, incluindo tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos e humilhação intencional; (c) violência física, considerada também como a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada; e (d) abuso sexual. As autoras sugerem que os fatores responsáveis por esse fenômeno incluem o processo de socialização de profissionais de saúde durante a formação no exercício das práticas nos serviços de atenção ao parto.

Um estudo descritivo e transversal, realizado de junho a outubro de 2010, na Venezuela, com 500 profissionais de saúde que trabalham na área obstétrica de diferentes hospitais, constatou que 63,6% testemunharam violência contra uma mulher grávida; e, destes, 42,8% foram realizados pelo médico e 42,5% pela enfermagem. O termo “violência obstétrica” era conhecido por 89,2 % dos inquiridos. Os mecanismos de notificação e as agências responsáveis pela assistência a mulheres vítimas de violência obstétrica são desconhecidos por eles (FANEITE et al., 2012).

As recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) classificam em quatro categorias as práticas desenvolvidas no parto normal em serviços de obstetria, são elas: (a) práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; (b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; (c) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e, finalmente, (d) práticas frequentemente usadas de modo inadequado (BRASIL, 2001).

As práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, quando utilizadas, trazem prejuízos tanto para a mulher quanto para o bebê, o que podemos considerar uma iatrogenia.

Entre os malefícios dessas práticas, estão os danos psicológicos (aqueles causados por atitudes e palavras de juízos de valor, grosserias, xingamentos, etc.) e materiais (uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações, condutas sem embasamento científico, etc.) causados ao paciente (PADILHA, 2001), o que, na atualidade, caracteriza-se como imperícia, imprudência e negligência pelo Código de Ética Médica (CFM, 2004).

Os conflitos vinculados às atribuições profissionais e às condutas terapêuticas no parto refletem o não cuidado e/ou a desumanização da assistência à mulher em trabalho de parto e parto (WOLFF, WALDOW, 2008; TUESTA- ÂNGULO et al., 2003).

Um estudo realizado por Carvalho (2010) em um hospital universitário do Sul do Brasil com 23 trabalhadores (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), entre julho/2008 e outubro/2009, evidenciou que esses profissionais do centro obstétrico não seguem as recomendações do Ministério da Saúde (MS) sobre o parto normal e continuam empregando práticas consideradas prejudiciais, direcionadas pelo entendimento dos trabalhadores sobre a forma que acreditam ser a mais adequada. Dentre essas práticas, solicitar que a mulher fique deitada com pernas elevadas acima do corpo, a posição de litotomia, foi feita em 100% dos casos. A infusão de medicação para acelerar e/ou induzir o parto, a ocitocina, foi utilizada em 91,3%. A episiotomia de rotina em 82,6% e a tricotomia (raspagem de pelos pubianos) de rotina em 69,56%. Um dos maiores medos das mulheres é a

episiotomia (corte realizado no períneo da mulher), que causa desde alterações na sensibilidade e na coloração da pele na região do períneo até dor na relação sexual (CIELLO, 2012).

A pesquisa *Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento*, da Fundação Oswaldo Cruz, realizada em 2011 e 2012, entrevistou 23.894 mulheres, bem como analisou prontuários de 266 hospitais de médio e grande porte localizados em 191 municípios do Brasil, avaliou o uso das boas práticas de atenção ao parto e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e no parto de mulheres de risco obstétrico habitual. Dentre as intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e no parto as mais utilizadas são o uso de ocitocina¹³ e amniotomia¹⁴, que foi de 40%, sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A manobra de Kristeller¹⁵, a episiotomia¹⁶ e a litotomia¹⁷ foram utilizadas em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente (LEAL et al., 2014). No entanto, há uma autonomia de mudança dessas práticas pelos próprios profissionais, já que elas não são impostas pela instituição.

Conforme atestam Montenegro e Rezende (2011), a administração de ocitocina endovenosa pode produzir efeitos adversos, como a rotura uterina causada por hiperestimulação uterina e, para a criança, sofrimento fetal agudo (BRASIL, 2001). A ocitocina sintética é uma droga potencialmente perigosa se usada para acelerar um processo fisiológico que, se não sofresse intervenção, seria naturalmente alcançado sem incorrer no risco da administração do medicamento (JONSSON et al. 2008).

Experiências exitosas no Brasil, onde ocorre o atendimento humanizado com baixo índice de intervenções danosas, mostram que a presença do profissional enfermeiro obstétrico no atendimento direto ao parto tem contribuído para o protagonismo da parturiente.

A assistência ao parto no HU fica restrita aos médicos que desenvolvem seu trabalho na lógica medicalizadora e patologizada, reflexo da formação dessa instituição. Segundo as regras do HU, somente os médicos são responsáveis por realizar partos. A atuação das enfermeiras se limita a cumprir as ordens médicas e a dar apoio às mulheres no trabalho de parto.

¹³ Medicação que age seletivamente sobre a musculatura lisa do útero, produzindo contrações rítmicas ou incrementando a frequência das já existentes, aumentando o tono uterino. O famoso “sorinho” torna as contrações extremamente fortes e doloridas, levando muitas vezes à alteração do batimento cardíaco do bebê, tornando necessário o uso de anestesia e as cascatas de intervenções.

¹⁴ É um procedimento no qual uma ruptura é feita pelo profissional nas membranas que envolvem o feto.

¹⁵ É uma manobra [obstétrica](#) executada durante o [parto](#) que consiste na aplicação de pressão na parte superior do [útero](#).

¹⁶ Episiotomia é uma incisão cirúrgica feita através do corpo do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus).

¹⁷ Posição deitada de barriga para cima, com as pernas em perneiras, também conhecida como posição ginecológica.

A prática da enfermeira obstetra no Hospital Universitário ainda é cerceada pelos médicos e pela própria instituição, ainda que o exercício profissional de atendimento ao parto de risco habitual pelo enfermeiro seja preconizado pelas políticas públicas e regulamentado por lei (BRASIL, 1986). Esse tipo de conflito acaba por criar um obstáculo ao processo de formação de outros profissionais e por demonstrar que a medicina exerce ainda uma grande influência sobre a gestão e a forma como os serviços se organizam, a partir de um poder hegemônico de uma categoria profissional sob as demais.

Um contrassenso pois os hospitais universitários são campos de estágio para vários cursos da saúde e residências, sendo, por isso, importante a realização de estudos que possam lançar luzes e questões sobre o tema do cuidado na área da saúde a fim de oferecer subsídios para reflexão e ação da equipe obstétrica nesses serviços.

Com intuito de dirimir um pouco desta visão estritamente biomédica, em 2009 foi implementado no HU, por gestores e profissionais do hospital, o Programa de Residência Multiprofissional Integrada dos Sistemas Públicos de Saúde (PRMISPS). Participei como preceptora e tutora de campo, na área materno-infantil do programa.

O Programa, norteado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, tinha como objetivo capacitar profissionais para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucionalmente, na gestão da rede de atenção básica e no hospital, constituindo a lógica da “tríplice integração entre os serviços” (CAMPOS, 2000).

Destaca-se que este PRMISPS sofreu muitos embates dentro do HU e ainda não conseguiu fazer com que a maioria das suas premissas fossem alcançadas. O modelo em vigência não valoriza e até desestimula o olhar ampliado à assistência e pauta seu saber predominante na doença e, com isso, na fragmentação do cuidado em saúde e o trabalho por núcleo profissional.

O exercício do profissional da enfermagem obstétrica no Brasil é regulamentado através da Lei nº 7.498/86, Decreto nº 94.406/87 que dispõe sobre a competência desse profissional para a realização de parto eutócico (de baixo risco) e o suporte no distócico até a chegada do médico, oferecendo autonomia legal na assistência ao parto (BRASIL, 1986).

Na década de 1990 surgiram várias políticas a fim de regulamentar e incentivar as práticas humanizadas na assistência, com a inserção da enfermagem no campo obstétrico. A exemplo das Portarias 2.815 e 163, publicadas pelo MS, que permitem a assistência ao parto de baixo risco pelos enfermeiros obstétricos (BRASIL, 1998a; 1998b).

A Portaria MS/GM nº 2.815, de 29 de maio de 1998, Política Nacional de Humanização (PNH) foi um marco na atenção ao parto e ao nascimento, pois tirou o foco

somente no médico no atendimento e incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra” (BRASIL, 1998a).

Essa portaria foi corroborada pela Portaria SAS/MS nº 163, que criou o laudo de enfermagem para emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de parto normal e a Portaria nº 743, de 20 de dezembro de 2005, no qual define que somente os profissionais portadores de diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeiro obstetra estão autorizados a emitir laudos de AIH para este procedimento (BRASIL, 1998a, 1998b, 2005b). Isso até poderia ser considerado um avanço se houvesse impacto na realidade obstétrica do Brasil.

Outra portaria que destaca a inserção deste profissional é a GM/MS nº 985, de 06 de agosto de 1999, a qual cria o Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher no período grávido-puerperal e define que os profissionais podem atuar apenas com enfermeiros obstetras responsáveis pela atenção ao parto (BRASIL, 1999)

Os enfermeiros atuam no mote de que o parto é um processo no qual deve ser respeitado o fisiológico e em que a mulher deve ter direito a escolhas informadas. Além disso, enfermeiros obstétricos e obstetrixes possuem autonomia e competência legal, técnica e científica para prestar cuidados éticos, humanizados e baseados em evidências científicas durante o parto. Isso significa não aceitar o parto como um ato médico e, sim, como um processo biopsicossocial e espiritual (COBEON, 2009).

Para isso, a cooperação profissional para a melhoria da atenção ao parto, tendo como premissas a definição de papéis e a valorização de habilidades pessoais, constitui-se mais uma estratégia para melhorar a assistência obstétrica no Brasil (TUESTA et al., 2003), tendo a formação dos profissionais como aliadas e de grande responsabilidade nesse processo.

O atendimento aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras, seguindo o exemplo bem-sucedido de alguns países europeus, onde a assistência é prestada por profissionais não médicos, é uma das estratégias utilizadas para combater a medicalização excessiva. A implantação da atenção aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que se encontra inserida num contexto de humanização do parto e nascimento.

A entrada da enfermagem obstétrica não tem sido fácil, pois o embate entre categorias tem provocado dificuldades na implantação da política de humanização (DIAS, DOMINGUES, 2005).

Uma pesquisa realizada por Vargens et al. (2008), com oito enfermeiras obstétricas atuantes no ensino, pesquisa e/ou assistência ao parto, que adotam a proposta

desmedicalizadora como orientação da sua prática, mostrou que há a necessidade de minimizar o raciocínio clínico-médico como única alternativa para entender a parturição. Para isso é preciso dar visibilidade aos mecanismos de dominação simbólica sobre o nascimento e o parto. O poder simbólico presente de forma invisível nas relações entre os médicos e as enfermeiras precisa ser desvelado e discutido no âmbito profissional (VARGENS, et al., 2008).

Por esse conceito de dominação masculina, Bourdieu e Passeron (2011) compreendem o poder que incute significações, impondo-as como legítimas, de forma a dissimular as relações de força que sustentam o poder instituído.

1.1.2 O abuso de cesarianas no Brasil

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as taxas de mortalidade materna do Brasil são altas, com 69 mortes a cada 100.000 nascidos vivos (WHO, 2015a). Excluindo as causas indiretas e as condições preexistentes, as causas mais frequentes de mortalidade materna na América Latina são: hemorragia (23%); hipertensão (22%) e complicações no aborto (10%) (WHO, UNICEF, 2014).

A mortalidade materna no Brasil é 53 vezes maior que a observada em países desenvolvidos, sendo a relevância e o impacto desse problema agravado por diversos fatores, dentre eles está o atendimento inadequado que culmina na violência obstétrica (DOTTO et al., 2006).

Diante disso, um dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) adotado pelos 191 estados membros em setembro de [2000](#), no qual o Brasil é signatário, foi a redução de 3/4 da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2015 e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. O programa internacional tinha como objetivo reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2015). Entretanto, essa meta não foi alcançada no país, pois grandes desafios ainda persistem, a exemplo da redução das altas taxas de cesariana e de nascimentos pré-termo, de rotinas impróprias durante o parto vaginal e de intervenções dolorosas ao bem-estar materno e do bebê (THE LANCET, 2011).

As instituições privadas no Brasil se apresentam como uma indústria de cesarianas, abusando desse tipo de procedimento, muito mais lucrativo do que os partos normais (JOHNSON, 2010). Nas últimas décadas, a taxa nacional de operações cesarianas tem

aumentado progressivamente, e tornou-se o modo mais comum de nascimento no País. A taxa no Brasil está em torno de 56% no SUS, e 85% nos serviços privados de saúde (BRASIL, 2013a). O Ministério da Saúde, considerando os partos cesáreos como de alto risco, estabeleceu o limite de 40% para as unidades hospitalares e de 25% para unidades de risco habitual (BRASIL, 2008).

Destaca-se que a cesárea foi implementada com o intuito de melhorar os resultados perinatais, porém com o tempo foi tornando-se um produto de consumo, de tal maneira que as taxas são menores entre as mulheres mais pobres, elevando-se na proporção em que aumenta o poder aquisitivo da população (SOUZA, PILEGGI-CASTRO, 2014; PARIS et al., 2014).

Na rede privada, as mulheres são submetidas a cesáreas eletivas ou agendadas rotineiramente, fator causado pela previsibilidade e pelo controle que essa cirurgia propicia à instituição de saúde, além de ser utilizado o pretexto de aliviar as dores. Para a rede privada que possui uma taxa maior de cesarianas, esta forma de pensar viabiliza um lugar de poder diferenciado para as usuárias de plano privado, sendo a cesariana utilizada como um recurso de alta rentabilidade para esse sistema de saúde obstétrico (MARTIN, 2006). Além disso, o tempo de duração da cesárea, quando comparado ao do parto normal, apresenta uma duração média baixa (ANS, 2008).

Na rede privada de saúde as mulheres podem solicitar pela cesárea eletiva¹⁸, já para as usuárias do SUS esta opção é negada, sendo necessário que passem pelo trabalho de parto antes para tentarem o parto normal primeiro. Destaca-se que as cesáreas eletivas são iatrogênicas devido ao seu impacto potencial à saúde da mulher e da criança. As evidências científicas comprovam que as cesáreas aumentam a mortalidade das mulheres, a necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) decorrente de complicações que levam à hemotransfusão e à histerectomia (VILLAR et al., 2007), além de comprometer o futuro reprodutivo das mesmas, como, por exemplo, ao provocar placentação anormal (LEE, D'ALTON, 2008). Para o bebê, também aumenta a mortalidade neonatal (VILLAR et al., 2007) e o risco de complicações, como uso de ventilação mecânica e prematuridade (MACDORMAN et al., 2006).

Para tanto, foram criados manuais que auxiliam os profissionais de saúde a uniformizar as condutas, contribuindo para uma atuação mais coesa da equipe, com o intuito de ofertar assistência eficiente e de qualidade, entre eles, o Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2013c) e o Manual Técnico de Urgências e Emergências Maternas (BRASIL, 2000). Esses documentos foram elaborados para orientar a equipe no diagnóstico e

¹⁸ A cesárea eletiva é realizada sem necessidade clínica, podendo ser agendada e realizada antes da mulher entrar em trabalho de parto ou durante este sem caracterizar urgência ou emergência.

no tratamento das patologias que afligem a mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério e na redução de cesáreas eletivas ou sem necessidade (BRASIL, 2010).

Nessa perspectiva, finalizar uma gestação mediante uma cesárea, sem causa médica que a justifique, ainda que esta seja a pedido da gestante, é uma conduta médica que não respeita os processos fisiológicos do trabalho de parto, do parto e do nascimento. Por esse motivo, o procedimento cirúrgico realizado sem indicações deixa de ser um procedimento natural, humano e fisiológico, tornando-se de risco para a mãe e para o recém-nascido (SABATINO, 2009).

A intervenção generalizada ou explícita do obstetra sobre a escolha das mulheres influencia no desfecho da cesariana e, para muitas delas, ainda é difícil escapar da “armadilha” desta forma *iatrogênica e mercantilista, produzida pelo modelo biomédico* (CARDOSO, BARBOSA, 2012, p.35), que ainda permanece firmemente institucionalizada e legitimada em nossa sociedade.

O controle excessivo e rotineiro do processo de parto provavelmente tem influenciado em vários aspectos da vida das mulheres, inclusive sexuais, com menos probabilidade destas terem partos fisiológicos e apresentarem uma alta reprimenda em relação à sua sexualidade genital (ODENT, 2011). Concorrendo nessa orientação, há uma fragilidade de autonomia das mulheres na tomada de decisão sobre os procedimentos que são feitos em seu corpo pelos obstetras e ginecologistas, que podem perpetuar práticas coercitivas que se refletem em outras formas de atendimento durante o parto, como a opção indiscriminada de cesariana sem indicação (WEITLAUF, 2011).

A cesariana, em comparação com o parto vaginal, colabora significativamente para a separação entre mãe e bebê, afetando o vínculo afetivo e podendo impactar a longo prazo na nutrição e no desenvolvimento da criança (LEAL et al., 2014). Essa separação desestimula as práticas benéficas como o contato pele a pele, contínuo e ininterrupto, e o início da amamentação na primeira meia hora após o nascimento (BRASIL, 2011b).

O impacto da autoridade da medicina, por meio de sua percepção de risco, influencia práticas de nascimento que são moldadas por forças estruturais mais amplas, particularmente a posição econômica (MILLER, SHRIVER, 2012). Levar em consideração que o fator econômico possa estar facilitando a prática da cesariana em detrimento do parto fisiológico é um fato a ser pensado.

Além do mais, quando há uma interferência na fisiologia do processo do parto, pode ocorrer a marginalização do papel da mulher, retirando o seu protagonismo frente ao processo. Maneiras comuns e correlatas para esse tipo de afastamento da mulher são a

dominação pela “autoridade do saber médico” e a dominação pela desinformação. Segundo, SANTOS; SHIMO, 2008, a falta de informação é proposital, sendo utilizada por uma parcela de médicos, afetando diretamente a garantia de informação e educação, condições sem as quais não é possível às mulheres fazer escolhas conscientes.

1.1.3 O parto e as intervenções desnecessárias

As mulheres são violadas nos seus direitos pela falta de informação sobre os riscos de uma cirurgia e das intervenções desnecessárias que podem trazer para si e para o seu bebê, além de aumentar o risco para a morbimortalidade de ambos. O contrassenso em relação a isso é que, segundo Leal (2014), 70% das mulheres querem parto normal logo que engravidam. No entanto, o parto vaginal apresenta-se com um modelo altamente medicalizado, com uso de medicações que o aceleram, restrição no leito e a parir na posição supina, como já foi dito.

A parturição no Brasil é culturalmente entendida como uma etapa complexa que requer conhecimentos especializados, que legitima o saber técnico-científico em detrimento do fisiológico, reforçando, assim, a assimetria do poder de decisão entre médico e mulher (PEREIRA et al., 2011). Nessa relação entre médico e paciente há uma interdependência entre os “jogadores”, a balança não está perfeitamente equilibrada, ela está em constante e tenso desequilíbrio. Segundo Diniz (2001), no modelo intervencionista de assistência obstétrica atual, a mulher torna-se o objeto da ação, perdendo o controle e a decisão sobre o próprio processo do parto e do nascimento, o que afeta profundamente ela própria, os bebês e as famílias e tem efeitos importantes e persistentes sobre a sociedade, configurando-se como rituais dentro desse universo cultural. Segundo a autora, desde o final da década de 1950, a intervenção excessiva dos médicos e enfermeiras sobre o corpo das mulheres é alvo de críticas pelos obstetras Grantly Dick Read e Fernand Lamaze, dada a ênfase no modelo biomédico de assistência ao parto (DINIZ et al., 2015).

Os princípios básicos desse modelo têm gerado modos de trabalho que se utilizam antecipadamente da alta tecnologia, dirigindo-se à identificação somente de doenças a partir da caracterização de suas lesões, causas e efeitos. O corpo humano é dividido em disciplinas e especialidades médicas que trazem a dualidade entre o normal e o patológico, a fisiologia e a fisiopatologia, com maior ênfase no patológico. O saber médico é alicerçado em um tipo de racionalidade que avaliza o uso excessivo de exames complementares, a desvalorização da

subjetividade e a farmacologização excessiva (KENNETH, 1997), que se aplicam à mulher durante o parto.

As intervenções em casos em que a fisiologia deve ocorrer espontaneamente induzem, consciente ou inconscientemente, a mulher a aceitar a deficiência de seu corpo para torná-la dependente da ciência e da tecnologia, levando-a a reconhecer a superioridade das instituições em controlar seus processos naturais, sob suas crenças e os seus significados individuais (FLOYD, 2009). Porém, há o questionamento e a resistência das mulheres quanto aos pressupostos culturais subjacentes ao modelo biomédico atual, discordando de práticas que vivenciaram no parto, consideradas desrespeitosas. Elas discordam do fato de que esse profissional determine a escolha de forma unilateral, sem levar em conta suas preferências (PIMENTA et al., 2013).

A forma de abordagem durante o ciclo gravídico puerperal por médicos deve levar em consideração as preferências da gestante. É importante que se entenda que a mulher deve ter o direito à escolha, e que mesmo os procedimentos considerados rotineiros podem ser passíveis de rejeição por elas (PULHEZ, 2013). A reversão dessas práticas perpassa a revisão na formação do médico, a inclusão de enfermeiras obstetras no processo do parto, sobretudo em hospitais públicos, e pelas ações de empoderamento da mulher (TUESTA et al., 2003; PEREIRA et al., 2011).

Nessa linha, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde traz como prerrogativas mudanças físicas estruturais nos serviços obstétricos, bem como a permissão da presença do acompanhante em todo o período de internação da mulher e também durante o parto normal ou a cesárea (BRASIL, 2000a). Essas prerrogativas também foram citadas como importantes por gestores de hospitais universitários, que demonstram conhecer os benefícios do PHPN, assim como a capacitação dos profissionais de saúde, a organização burocrática para o recebimento das verbas do programa e o investimento governamental a partir de uma cobrança maior para que o parto humanizado se efetive (LEMOS, 2012).

Diante do cenário exposto, o objetivo deste estudo foi analisar as representações e as práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Com o intuito de alcançar este objetivo as **questões que nortearam** este estudo foram: a) como são as práticas da assistência à mulher no parto em um hospital universitário?; b) como profissionais ligados à assistência ao processo de parturição e parturientes entendem esse processo?; c) quais questões sobre o processo de parturição sugerem uma maneira de cuidar violadora e violenta ou humanizada?

A tese está estruturada em três capítulos, além desta introdução que situa o tema da pesquisa trazendo um relato sobre um parto e os esforços da presente pesquisadora, que foram necessários ao longo do trabalho de “tirar o jaleco” e despir-se da enfermeira obstetra. O primeiro capítulo, “Parto na história e as políticas públicas” aborda a história do parto na humanidade, as relações de gênero e de poder que permeiam o campo da assistência e as políticas públicas da área de atenção obstétrica que forjaram as linhas mestras para a reversão do modelo hegemônico, entendido como um problema de saúde pública. Ao final, discorre sobre o olhar socioantropológico para as práticas obstétricas dos hospitais de ensino, dialogando com autores da antropologia e sociologia que buscam dirimir o foco somente no modelo biomédico, medicalizado e hospitalocêntrico.

O segundo capítulo apresenta as bases metodológicas do estudo, caracteriza o campo da pesquisa que foi realizada no serviço de obstetrícia do hospital universitário. Neste capítulo também é apresentado o perfil dos participantes da pesquisa e as etapas da análise e sistematização dos dados.

O terceiro capítulo analisa os depoimentos dos profissionais de saúde e das mulheres e os dados da observação etnográfica, e sistematiza as categorias de análise.

Por último, nas considerações finais, busco refletir sobre as práticas violentas de assistência à mulher no parto, e de porque isso acontece em um hospital de ensino, bem como os pontos que merecem ser explorados em futuros estudos que tenham como foco o ensino no HU.

2. PARTO NA HISTÓRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

2.1 HISTÓRIA DO PARTO NA HUMANIDADE

O nascimento humano vem sofrendo transformações ao longo do tempo desde a época em que nos transformamos em *Homo sapiens*, quando vivíamos como caçadores e coletores (FLOYD, 2009). As técnicas do nascimento e da obstetrícia nesse período sofreram influência de diversos fatores, mas nenhuma teve tanta repercussão quanto o processo de industrialização, que marcou o começo de um novo paradigma, conhecido como modelo tecnocrático (FLOYD, JOHN, 2004). O cuidado oferecido à parturiente neste modelo é

pautado na medicalização e, conseqüentemente, na institucionalização hospitalar (BRUGGEMANN, 2001). Um breve resgate da história do evento da institucionalização dos partos nos revela que foi no período do pós-guerra que ocorreu a maior migração destes para os hospitais, assim como a medicalização da saúde como um todo (TORNQUIST, 2004).

Com o nascimento do hospital, a partir do século XVIII, a participação masculina torna-se presente no cenário da parturição, visto que o hospital se constituiu em espaço de domínio médico (FOUCAULT, 1985), não importando quem sejam as(os) parteiras(os). Não se trata somente de pensar as práticas médicas, mas sim da dominação masculina que dá legitimidade à desigualdade nas relações de gênero dentro do espaço intra-hospitalar (BOURDIEU, PASSERON, 2011). A soberania da clínica e o escrutínio do corpo, através da disciplinarização imposta pelo isolamento, pela prescrição e pelas rotinas hospitalares, iniciaram-se no século XVIII. As mulheres gestantes viraram alvo de intervenção e de objeto de saber da medicina, graças à tecnologia do hospital (FOUCAULT, 1979). Além do mais, há uma dominação pela “autoridade do saber médico”, o qual Santos e Shimo (2008, p. 646) descrevem como:

O uso rotineiro de condutas obstétricas, a partir do século XX, legitimou a tecnologização do parto e o domínio do corpo feminino pela obstetrícia, fortalecida pela visão estereotipada dos profissionais de que a mulher é um ser destituído de conhecimento e incapaz de entender o que está acontecendo com seu próprio corpo. A premissa era que somente os obstetras estavam preparados para o parto, pois sabiam o que estava acontecendo e o que estavam fazendo, devendo a parturiente ser submissa aos seus cuidados. Com base neste pressuposto, a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal tornou-se intervencionista, impessoal e tecnicista, refletindo no modelo atual da obstetrícia, caracterizado pelo alto grau de medicalização e pelo abuso de técnicas invasivas.

Na maioria das sociedades contemporâneas esse modelo de atendimento ao parto encontra-se ancorado na lógica da hipervalorização da tecnologia, distinta dos valores e crenças que orientavam as práticas obstétricas anteriormente ordenadas pelas instituições religiosas e espirituais e seus representantes. Uma sociedade tecnocrata é burocratizada e organizada em torno de uma ideologia de progresso tecnológico. Fenômenos como sentimentos, singularidade e espiritualidade não são valorizados nesse contexto social (FLOYD, JOHN, 2004).

O ato de partear historicamente sempre esteve ligado ao feminino, sendo realizado no ambiente doméstico por parteiras, no qual os membros do grupo social da parturiente, como a mãe, os familiares e as vizinhas auxiliavam a mulher, juntamente com a parteira, que tem seus conhecimentos fundamentados na prática e na acumulação de saberes passados

tradicionalmente de geração para geração (SANTOS, 2002). As parteiras gozavam de confiança e de prestígio na comunidade que atendiam (PROGIANTI, BARREIRA, 2001).

No entanto, no século XVIII, na Europa, o parto foi sofrendo um processo de transformação, com a influência de homens no cenário, produzindo uma nova percepção no contexto mundial, principalmente no Ocidente. De um evento feminino, domiciliar e fisiológico, passou a ser visto como um processo patológico, dominado por uma prática intervencionista e hospitalocêntrica na qual a mulher perdeu seu direito de escolha (SANTOS, 2002). Os homens médicos, não acostumados ao acompanhamento de fenômenos fisiológicos, foram instruídos para intervir, resolver casos complicados e ditar ordens. O parto passou, então, a ser visto como um ato cirúrgico, e a mulher parturiente passou a ser tratada como enferma e impedida de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica.

Não podendo a mulher ter o direito básico de escolha e autonomia no nascimento do próprio filho, iniciou-se a era do parto medicalizado, no qual a mulher deixou de ser a protagonista do processo, cedendo seu lugar à equipe médica, que passou a ser o protagonista principal da cena. As posições verticalizadas, que, ao longo dos milênios, foram as mais usadas pelas mulheres, em todas as raças e culturas, passaram a ser negadas pelos profissionais (MACHADO, 1995).

Os homens, até o século XII, não se sentiam à vontade neste ambiente, tanto que a assistência à parturiente era considerada assunto de mulheres, que tinham poder e total liberdade de decidir sobre o parto. As parteiras utilizavam-se das suas crenças, talismãs, orações e receitas mágicas para tornar o ambiente harmonizado e aliviar a dor das contrações (SATO, BRITO, 2004).

A partir do século XIX, a figura masculina foi, aos poucos, tomando destaque no processo parturitivo, mesmo ainda acontecendo no domicílio da mulher (HELMAN, 2009). Com a chegada do processo de industrialização, ficou exclusivamente restrito a um assunto da medicina e passou para a instituição hospitalar, desenvolvendo-se a ideologia de produção das fábricas dentro dos hospitais. A antropóloga Emily Martin (2006) propõe utilizar esta metáfora, de produção fabril, para entender o processo parturitivo contemporâneo.

Esse processo se tornou tão abrangente que “chegou” aos corpos das mulheres, os quais passaram a ser vistos, nos textos de obstetrícia, como fábricas para a produção de bebês. Nessa metáfora, segundo a autora, acrescenta-se a figura do médico no papel de supervisor ou até mesmo de dono da fábrica, e a mulher no papel de trabalhadora, cuja máquina (útero) produz o produto (bebê). O olhar, a partir de metáforas, de acordo com a pesquisadora, permite comparar as mesmas formas de controle e poder que ocorrem no âmbito da produção

industrial, ou seja, o controle dos movimentos dos trabalhadores, conforme a produção da progressão, em períodos específicos de tempo da máquina (útero), para avaliar e controlar se as contrações uterinas são eficientes ou ineficientes (MARTIN, 2006).

Segundo essa abordagem antropológica, o olhar a partir de metáforas permite compreender os processos rituais da obstetrícia que estabelecem uma forma padronizada de tratamento às mulheres que vão dar à luz: o uso de práticas rotineiras como episiotomia, cesáreas eletivas, administração de ocitocina através de infusão endovenosa, que aumenta as contrações e as tornam muito doloridas, e a separação do binômio mãe-bebê no nascimento e no puerpério (FLOYD, JOHN, 2004).

O Brasil apresenta um modelo de institucionalização e industrialização no parto distinto do da Europa Ocidental, onde as parteiras não desapareceram do sistema obstétrico hospitalar, mas tornaram seu trabalho dependente deste modelo comandado por médicos obstetras, tendo seu ofício regulamentado pelo Ato das Parteiras, em 1902 (HELMAN, 2009).

Com a formalização das parteiras, a medicina no Brasil, a exemplo do que ocorria na Europa, se empenha em organizar-se enquanto profissão com duplo status de ciência e de arte, tendo o discurso médico como normalizador das ações dos sujeitos. Isso então justificaria a intervenção dos médicos sobre os corpos e a prescrição das ações e dos comportamentos adequados à mulher e à parteira (BARREIRA, 1999).

Aos poucos no Brasil as parteiras foram desaparecendo sendo substituídas por médicos obstetras, em sua maioria homens, que controlam todo o processo e são preparados para atender patologias e intervir no parto. O real motivo dessa tomada do mercado de trabalho pelos médicos foi econômico, mas as parteiras foram eliminadas sob pretexto de melhorar a assistência, pois eram vistas pela classe médica como pessoas ignorantes e analfabetas além da ausência de conhecimentos básicos de higiene e da prática de manobras de forma incorreta (ODENT, 2003).

Nos periódicos médicos da época se encontram as críticas às parteiras leigas, principalmente sobre as brasileiras de origem africana e as imigrantes, sobretudo com foco nas questões de higiene, denominando-as de “unhas sujas” (AZEVEDO, 1908).

Um contrassenso, pois a falta de lavagem das mãos dos médicos foi a causa da morte de um grande número de parturientes por febre puerperal. Em 1846, o médico assistente da primeira clínica obstétrica do Allgemeine Krankenhaus, em Viena (Áustria), Ignaz Philipp Semmelweiss, constatou que a mortalidade das puérperas na clínica atendida pelos médicos era de três a dez vezes mais alta do que a da clínica do mesmo hospital onde os partos eram feitos por parteiras.

Nessa unidade obstétrica, os médicos que faziam os partos também realizavam as autópsias nas parturientes que não resistiam à febre puerperal. Logo, Semmelweiss percebeu que os profissionais deviam estar levando micróbios das autópsias às pacientes em trabalho de parto, contaminando-as, pela falta de lavagem das mãos.

Mas o médico, não convenceu a maioria de seus colegas, incapazes de compreender e de aceitar as evidências. Somente anos depois, os princípios de higiene passaram a ser adotados na maioria dos hospitais da Europa.

Esta forma de pensar, que não vai além das práticas de suas culturas, tende a ser uma rigidez neurocognitiva de pensamento. Para a antropóloga Robbie Davis Floyd (2009), esse pensamento é identificado como um realismo ingênuo, pois entendem que o seu modo de ser é o único existente (FLOYD, 2009).

Contudo, o que se percebe é que, indiferentemente dos caminhos seguidos em diferentes países, a industrialização do parto se fez presente na maioria (ODENT, 2003). O auge da industrialização obstétrica se deu com De Lee, em 1920, um professor de obstetrícia norte-americano que instituiu o conceito de obstetrícia profilática com uso do fórceps e da episiotomia rotineiramente no parto, além de torná-lo um evento patológico. É importante assinalar que, antes dessa época, o fórceps era instrumento utilizado por açougueiros, barbeiros falidos, cujo status social era equivalente ao de um mecânico. De acordo com Vieira (2002), as regulamentações para partejar exigiam que esses homens fossem chamados pelas parteiras para manipular tal instrumento.

Também foi nesse período que, na Alemanha, surgiu um coquetel de drogas chamada “sono do crepúsculo”, que atraiu as mulheres pois prometia um parto rápido e sem dor, mas que, na verdade, produzia esquecimento sobre o que se passava. Os profissionais, aproveitando-se da situação, simplesmente ignoravam as pacientes, acreditando que nada iriam lembrar, tornando o parto uma espécie de linha de montagem (ODENT, 2003).

Um exemplo descrito nos livros obstétricos de Rezende e Montenegro (2003) ensina que as contrações uterinas são as responsáveis totais pela realização do parto, citando que, no período expulsivo, as contrações são realizadas com a glote fechada e com esforços respiratórios verdadeiros, chamados “puxos”. Em nenhum momento aparece menção à parturiente como realizadora desse esforço. Assim sendo, a metáfora utilizada por Martin (2006) desvela uma perspectiva que apresenta as mulheres gestantes como “matéria-prima” para a produção de um “produto”.

Ainda segundo Robbie Davis Floyd (1987), o desenvolvimento do pensamento da medicina ocidental baseia-se na concepção do corpo como máquina e na separação entre mente e corpo. Essa forma de pensar e agir na obstetrícia transforma o útero materno em um

órgão inerentemente defeituoso, imprevisível, necessitando da manipulação. Então, combina-se a utilização de instrumentos mecânicos como o fórceps e outras intervenções para interferir nesse processo. Tal afirmativa é corroborada por Emily Martin (2006), que diz que a metáfora do útero como máquina, que teve início no decorrer dos séculos XVII e XVIII, nos hospitais franceses, compara o útero a uma bomba mecânica capaz de expelir o feto.

Assim, a díade mãe e bebê é separada e a experiência do nascimento torna-se mecânica e impessoal. Essa forma de cuidado está centrada no paradigma de assistência ao parto denominado tecnocrático que aconteceu com o advento da industrialização do progresso evolutivo e da tecnologia. Os princípios básicos em que os médicos fundamentam sua assistência são:

A separação da mente e do corpo, considerando o corpo como uma máquina; portanto ocorre um distanciamento entre profissional e usuário com diagnóstico e tratamento centrado na doença e nas disfunções; organização hierárquica e padronização do cuidado; há um poder e autoridade do profissional de saúde sobre o usuário; sobrevalorização da ciência e tecnologia; intervenções agressivas com ênfase em resultados a curto prazo; a morte percebida como derrota; o sistema regido pela ordem econômica e intolerância a outros paradigmas” (FLOYD; JOHN, 2004, p. 24).

Nesse sentido, Christilaw (2006) diz que a medicina está imersa em questões ideológicas, e não apenas científicas e técnicas, e que se deve avaliar o contexto do ambiente social, político e econômico em que está inserida.

2.2 NATUREZA, CULTURA E PARTO

A industrialização, a partir do século XX, tomou novas direções com o surgimento de técnicas cirúrgicas, métodos anestésicos mais potentes, bem como com o uso de antibióticos, que transformaram de repente a cesariana numa cirurgia confiável (ODENT, 2003). Nessa direção, torna-se imprescindível, para a produção de bebês perfeitos, a intervenção da cesárea, exigindo um mínimo de trabalho do útero e da mulher, atribuindo a esse procedimento a imagem de “única graça salvadora” do bebê. Para Martin (2006), tal posicionamento ignora o que talvez seja extremamente significativo para a mulher e para seu bebê, que é ter a oportunidade de vivenciar o nascimento do seu filho através do seu próprio esforço, experimentando o protagonismo no seu parto e no nascimento da criança.

Martin (2006) faz, ainda, referência a textos em obstetrícia da Universidade John Hopkins, nos Estados Unidos, os quais comprovam que causas externas podem interferir nas atividades uterinas e que tais alterações emocionais da mulher quase não são levadas em consideração na obstetrícia, tendo como consequência o aval para intervenções como

amniotomias, uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto ou a utilização da cesariana, consideradas desnecessárias.

A participação do médico como promotor de uma cultura intervencionista foi destacada em um estudo nacional realizado pela socióloga americana Hopkins (2000), com puérperas de clínicas privadas e públicas. Segundo o estudo, entre as mulheres que fizeram cesariana, três em quatro das primíparas do setor privado e oito em dez do setor público, gostariam de ter tido partos vaginais. A pesquisa demonstrou que o médico obstetra promove o medo nas gestantes em relação ao parto e superestima a segurança da cesariana, em função dos seus interesses.

Para Martin (2006), a alienação e a condição fragmentada, constadas na linguagem de algumas mulheres, são descritas como uma autopercepção passiva, sendo contrastadas com discursos de mulheres que questionam, se opõem, rejeitam e reformulam suas formas de viver e as maneiras como a sociedade poderia funcionar, apresentando uma autopercepção que tenta resistir à passividade. As mulheres que optam pelo parto domiciliar saem dessa passividade, buscam outras formas de serem ativas no seu parto e reivindicam seu espaço no ato de parir, questionando o paradigma tecnocrático atual de assistência ao parto, preconizado nas instituições hospitalares que não respeitam suas crenças e opiniões (KRUNO, BONILHA, 2004).

É comum nas comunidades da América Latina o desejo pelo parto domiciliar, com a presença de parteira e de mulheres com vivência de parto do meio familiar da parturiente. As parteiras são mulheres de prestígio e confiança na comunidade onde vivem, seu conhecimento e sabedoria se mantêm preservados desde os tempos antigos e são passados de geração para geração. Em comunidades do México, as crenças das mulheres na hora do parto são percebidas como a hora da morte: esse momento depende da vontade dos deuses, por isso é realizada a invocação destes durante o parto para que ocorra tudo bem, utilizando-se da eficácia simbólica para interferir nos mecanismos psico-fisiológicos.

Esta crença na eficácia não apenas física, mas também moral de certos atos, demonstra que o fenômeno psicológico envolvido confere resistência biológica, obtida graças à crença em algo mágico. Assim, é possível agir sobre os limites físicos do corpo dentro de um contexto ritual aceito e acreditado pela comunidade denominado por Marcel Mauss (2003) como Eficácia Simbólica.

Outro exemplo de Eficácia Simbólica que tem alterações sobre processos fisiológicos foi descrito por Lévi-Strauss (1975), ao analisar um ritual xamanístico dos índios Cuna, no Panamá, na realização de um parto difícil, em que foi necessária a intervenção de um xamã, que através de seu canto iria trazer de volta o purba (alma) da futura mãe. Isso decorre porque

o Muu (espírito protetor responsável pela formação do feto) ultrapassou suas atribuições e se apoderou do purba da mulher grávida, dificultando o nascimento da criança. O objetivo do canto seria facilitar o nascimento (LÉVI-STRAUSS, 1975).

Em contrapartida, na sociedade ocidental, evidencia-se a preferência pelo parto hospitalar, tendo como consequência o alto índice de cesáreas sem indicação (SANFELICE et al., 2013). No estudo etnográfico, realizado por Martin (2006), em Baltimore (EUA), encontra-se a narrativa de uma mulher que resiste a essa maneira de fragmentação, exprimindo a sua frustração em relação à imposição de ter de se submeter a cesariana. A narradora conta, com raiva, a sua experiência com a cirurgia, por ter perdido a cena do nascimento, devido à limitação e ao jejum impostos pela anestesia, não podendo realizar os primeiros cuidados do seu bebê, além da proibição de se alimentar por horas e limitando-se a nutrientes para a recuperação mais eficaz da cirurgia.

A necessidade de compreensão do parto como parte integrante da vida sexual, emocional e cultural da mulher é proposta por Odent (2000), como o entendimento das bases fisiológicas e a integração entre diferentes momentos da vida. Sua hipótese é a de que o cuidado com o modo como nascemos e com a vinculação amorosa mãe-bebê pode propiciar a construção de uma sociedade mais amorosa, menos destrutiva e de mais respeito pelos seres humanos e pela natureza.

Esse paradigma holístico, também referendado por Floyd e John (2004), destaca como elemento fundamental no processo do parto o contato das mulheres consigo mesmas, como um estado especial de consciência, similar aos estados orgásticos, à oração e às emoções místicas. Nesse momento, as funções intelectuais neocorticais devem estar colocadas em segundo plano, proporcionando a expressão de funções cerebrais consideradas mais instintivas, características do parto e do aleitamento.

No paradigma holístico, os profissionais de saúde percebem o corpo como mente e espírito interconectado com outros sistemas de energia; a cura leva em consideração toda a vida da pessoa, tanto que diagnóstico e cura acontecem de dentro para fora e são oferecidas modalidades de cura alternativas, facilitando a responsabilidade e a autoridade do cuidado inerentes a cada indivíduo. Como ciência e tecnologia são colocadas a serviço da pessoa, as noções de autonomia e respeito às escolhas norteiam esse paradigma (FLOYD; JOHN, 2004).

Segundo Martin (2006), a oferta do paradigma holístico à mulher parturiente, além de devolver o controle do seu corpo durante o parto, oportuniza a reflexão na sociedade de que a sua ideologia dominante, de uso de ciência e tecnologia sem critérios, precisa ser revista porque reitera uma ideologia que considera as mulheres desprovidas de autonomia e, conseqüentemente, como inferiores.

Ao questionarem a ordem vigente da ciência e da tecnologia, por aproximarem-se da natureza “primitiva”, ao darem à luz de maneira mais aproximada do parto natural, é como se andassem para trás no tempo e na evolução. Essa forma de pensar relega a mulher ao domínio do natural, do inferior e da domesticidade; considera-a mais simples, animalesca e livre de autocensuras. Compreende que há uma iniquidade entre natureza e cultura e que ao “submeter” a mulher a fenômenos totalmente naturais, como o parto normal, estamos reafirmando a concepção da mulher como um ser mais primitivo, que pertence somente à natureza (MARTIN, 2006).

Historicamente, esta divisão da cultura e da natureza, fomentada pelos escritores do século XIX, surgiu a partir do desenvolvimento das sociedades ocidentais e da industrialização, sendo organizada em torno de dois mundos: a esfera privada, dentro de casa, que é evidenciada como pertencente à mulher, em que ocorrem funções ditas “naturais”, e a esfera pública, fora de casa, na qual os homens estão em maior evidência e na qual se produz “cultura”, considerada atividade superior destinada aos homens e vista como dominante (MARTIN, 2006).

2.3 GÊNERO, CLASSE E PARTO HOSPITALAR

As questões de gênero na atenção obstétrica hospitalar permeiam todos os atendimentos, mediante a medicalização do corpo feminino com condutas que não respeitam a sua fisiologia. A prática indiscriminada de cirurgia cesariana no Brasil, o tratamento da gravidez e menopausa como doenças e da menstruação como um distúrbio crônico e do parto em um evento cirúrgico, são poderosas fontes da ideologia sexista da nossa cultura e reflete exatamente as inter-relações entre as questões de gênero e a prática do profissional de saúde (BRASIL, 2001). Os serviços de atendimento ao parto apresentam relações sociopolíticas que privilegiam construções biomédicas do corpo e do parto, que moldam o comportamento, a subjetividade e a corporeidade da mulher (DAVIS, WALKER, 2010).

No Reino Unido, em 1958, criou-se uma Sociedade para Prevenção da Crueldade contra as Grávidas quando o jornal *The Guardian* publicou uma reportagem que descrevia as maternidades como locais deprimentes, onde as mulheres tinham experiências tristes e solitárias, não existia privacidade e respeito, além da comida ruim, o reduzido horário da visita, a insensibilidade, a ignorância, a privação de sono, a impossibilidade de descansar, a falta de acesso ao bebê, as rotinas estupidamente rígidas e de grosseria (BEECH; WILLINGTON, 2007).

Nesse mesmo período, nos EUA e no Reino Unido, alguns movimentos sociais também trouxeram à tona a narrativa de mulheres que diziam ter passado por situação de violência no parto. Tudo acarretado pelo excesso de intervenções dos profissionais que utilizavam uma combinação de medicamentos como a morfina e a escopolamina que juntas causavam sedação profunda, não raramente acompanhada de agitação psicomotora e eventuais alucinações. Devido a isso, as mulheres durante o trabalho de parto precisavam ser algemadas e amarradas nos pés e mãos para que não caíssem do leito, contenção esta que, na maioria das vezes, acarretava hematomas pelo corpo e lesões nos pulsos. Essa prática gerou nos Estados Unidos da América uma reportagem cujo título chamava a atenção para essa violência, “Crueldade nas Maternidades”. Essa matéria jornalística tratava como tortura o tratamento recebido pelas mulheres nas maternidades, o que acabou levando à criação de uma Sociedade Americana de Psico-profilaxia em Obstetrícia (GOER, 2010 apud DINIZ et al., 2015).

Diante deste contexto, percebe-se a importância de inserir as questões de gênero na temática do parto e em como as políticas públicas lidam com as questões femininas (COOK, 1995). Destaca-se, ainda, que o Brasil está na 85ª posição nos rankings dos Índices de Desenvolvimento Humano e de Desigualdade de Gênero (MALIK, 2013), mesmo tendo o PNAISM que aborda a importância da questão de gênero na saúde das mulheres (BRASIL, 2004).

A pesquisa da Fundação Perseu Abramo, já mencionada, que trouxe dados sobre a violência no parto traz como inovação a introdução do recorte de gênero (FPA, 2010). Este tipo de pesquisa possibilitou compreender as conotações ideológicas assimétricas no contexto do parto, reforçando relações de dominação (VILLACHAN, 2001). Outro estudo relacionou a violência institucional à de gênero, com base em estereótipos de cultura, raça, classe social e significados culturais, que coloca as mulheres em situação de submissão e de discriminação no período do parto (AGUIAR, 2010).

Ao empreender uma crítica assentada nas relações de gênero sobre parto, Gama (2009) verificou que o modelo de assistência ao parto e de organização dos serviços públicos e privados baseia-se em discurso que reforça uma lógica tutelar e reproduz o projeto da medicalização sobre os corpos femininos, principalmente no espaço hospitalar.

O parto com o passar dos tempos, no Brasil, cada vez se sofisticava mais, chegando hoje ao caos do número alarmante de cesarianas realizadas como se fosse o normal, principalmente na rede suplementar. Isso reduz o campo da assistência para as mulheres da rede pública e viabiliza um lugar de poder diferenciado das usuárias de plano privado, sendo a cesariana

utilizada como um procedimento de alta rentabilidade para a medicina obstétrica privada (MARTIN, 2006). Como as cesarianas tornaram-se uma fonte de honorários mais altos para os médicos, gerando contas hospitalares mais elevadas que o parto vaginal, é de se esperar que encontremos mais esses procedimentos sendo realizados em mulheres brancas e de camadas médias (MARTIN, 2006).

A perda do protagonismo da mulher no cenário do parto se reflete nos altos índices de cesáreas nas últimas décadas no Brasil. Por outro lado, a mudança no modelo de assistência ao parto pode ser uma estratégia promissora para a reversão desse quadro, já que os fatores associados à decisão da cesariana independem do desejo da mulher (DIAS, 2008). Ratifica-se, nas palavras de Diniz (2001), que com a invasão da tecnologia e o modelo intervencionista da atual assistência obstétrica, a mulher tornou-se objeto da ação e vem perdendo o controle e a decisão sobre o próprio processo e o local de parto e de nascimento. Essa realidade pode afetar profundamente as mulheres, os bebês e as famílias e produzir efeitos importantes e persistentes sobre a sociedade.

Com esta assertiva denota-se diferença entre as propostas para as mulheres de acordo com sua classe social, ou seja, cesáreas para as mulheres da rede suplementar e parto normal para as atendidas no SUS, sendo que em ambos os casos a mulher não tem condições de decidir sobre o que deseja.

As propostas do Ministério da Saúde na Política de Humanização (BRASIL, 2001) para um outro modo de parir, mais conectado às escolhas e preferências de cada mulher, levando em consideração sua cultura, pode possibilitar a construção de um paradigma humanístico considerando isso um avanço das práticas obstétricas do parto com a convivência quiçá de múltiplos paradigmas da assistência.

No paradigma humanista, diferentemente do paradigma tecnocrático, os princípios básicos em que os profissionais de saúde fundamentam sua assistência são de:

Conexão entre corpo e mente; o corpo é visto como um organismo; o paciente é visto como um sujeito relacional; ocorre conexão e cuidado entre profissional de saúde; diagnóstico e cura são centrados na subjetividade externada pelo paciente combinada com a objetividade dos cuidados profissionais; são respeitadas as necessidades individuais do paciente de modo equilibrado com as necessidades institucionais; informação, tomada de decisões e responsabilidade são compartilhadas entre profissional e paciente; a tecnologia e a ciência equilibram-se com humanismo; há enfoque na prevenção das doenças; a morte é aceitável, não é vista como derrota; todo o cuidado é guiado pela compaixão – os humanistas estão abertos a outros paradigmas (FLOYD; JOHN, 2004, p. 99-123).

A Política de Humanização do Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2001) tem buscado privilegiar ações que conduzam ao parto natural e a várias outras que o Projeto Maternidade

Segura¹⁹ trouxe com objetivo de reduzir as taxas de mortalidade perinatal no Brasil (OMS, 1996).

Ao fazer uma análise crítica de gênero sobre este Projeto pode-se vislumbrar a fragilidade em que estão assentadas as suas bases já que os atores continuam no mesmo espaço de hegemonia médica, o hospital, e o que é pior, perpetuando a mesma visão do parto que aprenderam em sua formação. Portanto, pensar o Projeto Maternidade Segura e, por conseguinte, a humanização do parto de uma forma superficial, não levando em consideração as questões de gênero, não mudará a necessidade de entender e propor novos caminhos para superar a dominação masculina (COSTA, 2000).

Corroborando com esta informação, o documento Nascimento Seguro da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), nº3, de abril de 2018 (*pag.6*), recomenda que:

O nascimento ocorra em ambiente hospitalar sendo o protagonismo do pediatra como fundamental, fortalecendo a visão de risco e da importância médica neste processo. O Conselho Federal de Medicina (CFM) reitera que o ambiente hospitalar pode oferecer maior segurança para os partos normais e não recomenda os domiciliares (CFM, 2012)²⁰.

2.4 O PARTO NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS

Os hospitais universitários caracterizam-se por ser referência para a gestação de alto risco, mas também atendem mulheres de risco habitual. Por apresentarem essa peculiaridade, seguem uma linha intervencionista nos atendimentos, isto é, baseiam seus atendimentos sempre partindo do pressuposto de que a gestação necessita de tratamento e controle

Para Lemos (2012), a assistência ao parto de gestantes de alto risco pode incorporar práticas da assistência ao parto de risco habitual que buscam não intervir na fisiologia do corpo feminino. Neste sentido, amplia-se de forma humanizada a assistência à gestação, sem que, com isso, ocorra uma negligência aos possíveis riscos do parto.

O que se convencionou chamar de Monitoramento de Desvios da Normalidade cria obstáculos a esses serviços para atuarem como modelos das políticas públicas de humanização do parto e do nascimento, pois possuem um alto índice de cesáreas, consideradas o maior grau de intervenção no parto. Um estudo, realizado com quatro gestores da área obstétrica de um hospital de ensino sobre o seu conhecimento sobre a respeito da

¹⁹ http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf

²⁰ http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3

proposta do Ministério da Saúde acerca do parto humanizado, concluiu que eles demonstraram conhecer os benefícios e as diretrizes do Programa e Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e reconheceram a necessidade de realizarem mudanças estruturais, capacitação da equipe de saúde e diminuição do alto índice de cesáreas e de violência no parto (LEMOS, 2012).

Modelos menos intervencionistas e com relações menos desiguais entre médicos e parturientes é uma premissa que vem sendo discutida nos currículos acadêmicos. Os modelos de práticas de assistência ainda são altamente medicalizadas e as relações profissionais conservam uma hierarquia, onde o médico é o detentor da decisão do que fazer na assistência obstétrica e as enfermeiras são responsáveis por fazer o que é prescrito e solicitado por este profissional, junto com o gerenciamento desse serviço. A história da enfermagem brasileira, conta que o alicerce da profissão, em sua maioria mulheres, foi pautada no discurso médico normalizador das ações dos sujeitos, o que justificaria o saber médico como esotérico e inatingível, e a intervenção dos médicos sobre os corpos e a prescrição das ações e dos comportamentos, adequados à mulher e, por conseguinte, à enfermeira mulher (BARREIRA, 1999).

Desde o século passado, as pesquisas já mostravam que a formação obstétrica dos médicos se dava por modelos intervencionistas, como, por exemplo, a defesa do fórceps em todos os partos. Na Universidade de Göttingen na Alemanha, sob a direção do professor Friedrich Benjamin Osiander (1792-1822), as parturientes eram tratadas como *manequins vivos*. Portanto, poderiam ser submetidas a todos os procedimentos e condutas com vistas a fornecer aos estudantes material para seus estudos (SCHLUMBOHM, 2002).

Atualmente, essa ainda é uma queixa recorrente de várias mulheres ouvidas no presente estudo. Elas se sentiram como cobaias. Uma delas expressou este sentimento aos profissionais dizendo *só um pouquinho, não aguento mais é um toque atrás do outro*, mas era informada por eles que deveria estar ciente que estava num hospital escola.

Esta mesma afirmativa foi referida por uma profissional médica entrevistada no trabalho de Diniz (2001), que declara: *Eles (os residentes) têm que aprender, as mulheres são o material didático deles (p.102)*. Segundo Hotimsky (2008), esse processo de objetificação dos corpos é muito comum em hospitais de ensino, em prol do treinamento dos estudantes.

A formação dos alunos de obstetrícia leva-nos a pensar que o corpo da mulher não está apto a realizar o parto naturalmente, necessitando de intervenções. Dessa forma, o parto transforma-se em patologia, e a mulher, em indivíduo impotente e incapaz de conceber a vida sem intervenções (DINIZ, 2001).

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E AO NASCIMENTO

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às demais políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo restrita, ainda, ao ciclo gravídico puerperal. Em 1974, foi implantado pelo governo o “Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI)”, como recomendação do “Plano Decenal de Saúde para as Américas” e resultado da “III Reunião Especial de Ministros de Saúde das Américas”, que se realizou em Santiago, no Chile, em 1972 (BRASIL, 2004).

Esse programa teve como estratégia a proteção dos grupos de risco e daqueles em situação de maior vulnerabilidade, como as gestantes, baseando-se na especificidade biológica e considerando o papel social da mulher como mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado da saúde dos filhos e demais familiares. Face ao exposto, o movimento feminista vem atuando como um movimento fundamental para a transformação desse papel social da mulher, o que implica no reconhecimento dos direitos de cidadania igualitários entre homens e mulheres também no campo da saúde (BRASIL, 2004, 2001).

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Ministério da Educação, as Secretárias Estaduais de Saúde e com o apoio do movimento de mulheres, marcando uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde (BRASIL, 1984).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade. Esse programa é considerado um marco na história das políticas públicas voltadas para a saúde das mulheres e até hoje é inspiração e referência na luta pela equidade de gênero (BRASIL, 1984).

Corroborando essa afirmativa, em 2004, a partir da “I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres”, foi elaborado o “I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres”, tendo como um dos pontos fundamentais a autonomia das mulheres, dando-lhes poder de decisão sobre suas vidas e seus corpos, assim como as condições de influenciar os acontecimentos em sua comunidade e no País (BRASIL, 2005a). E no mesmo ano, o MS, em parceria com os movimentos sociais, elaborou a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, buscando consolidar avanços nos direitos sexuais e reprodutivos e no combate à violência de gênero/doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

O “II Plano Nacional de Políticas para Mulheres”, de 2008, veio com mais uma recomendação no princípio da autonomia, relatando que a mulher deve romper com o legado histórico, com os ciclos e os espaços de dependência, exploração e subordinação que constroem suas vidas no plano pessoal, econômico, político e social (BRASIL, 2008a).

Para a autonomia da mulher no momento do parto, pressupõe-se que esteja incluída sua decisão sobre a via pela qual ocorrerá, o que é possível na medida em que ela seja informada a respeito das evidências científicas disponíveis que dão as indicações da melhor conduta na situação determinada.

Supõe-se que modelos com componentes de suporte emocional, cultural e social oferecem uma importante contribuição para os serviços (BOARETTO, 2003). Para garantir ainda mais a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher, foi criado, em 2000, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído por um conjunto de portarias (nº 569, 570, 571, 572, de 01 de junho de 2000) (BRASIL, 2001).

O PHPN, com seus diferentes componentes de incentivo à assistência pré-natal, a organização, a regulação do sistema obstétrico e os novos investimentos na assistência obstétrica, foi o precursor da assistência humanizada estabelecendo uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto que apresenta como objetivo primordial “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2000, p. 5).

Nessa direção, foi criada, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de poder agir nos problemas e desafios que surgem no cotidiano do trabalho em saúde. A intenção é coibir modos hierarquizados e autoritários de gestão; formas verticalizadas de comunicação; relações de trabalho precarizadas; tratamentos invasivos e desrespeitosos; procedimentos que alijam as pessoas de suas redes sociofamiliares; ações terapêuticas que focam na doença e em sua extirpação, sem levar em consideração o sujeito, suas condições, suas necessidades e seus projetos de vida, entendidos como “desumanizadores” (BRASIL, 2003b).

Percebe-se que as políticas públicas de atenção ao parto e ao nascimento que buscam a qualidade da atenção obstétrica e neonatal, até a atual Rede Cegonha (BRASIL, 2011a), não têm sido suficientes para alterar a realidade da maioria dos serviços de obstetrícia, que continuam a perpetuar práticas consideradas danosas e iatrogênicas.

A Rede Cegonha foi instituída através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher a atenção humanizada durante o ciclo gravídico puerperal e o direito ao planejamento reprodutivo, bem como assegurar ao bebê o direito ao nascimento seguro. A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes, o primeiro, “Pré-Natal, Parto e Nascimento”, o segundo, “Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico”, o terceiro, “Transporte Sanitário” e o quarto, “Regulação”.

No componente parto e nascimento, os serviços que aderirem devem: (a) apresentar (a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com a necessidade de sua região; (b) adequar-se à Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que trata da ambiência das maternidades; (c) atuar em conformidade com as “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1996; (d) garantir acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; (e) realizar o acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (f) estimular a implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; (g) estimular a implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na PNH (BRASIL, 2011a).

A humanização na obstetrícia pressupõe estar com o outro, prestar um atendimento com foco nas necessidades; lembrar que, no momento do parto, está ocorrendo a separação de dois corpos que, até esse momento, viveram juntos, um dentro do outro, em relação de dependência e de íntimo contato. Nesse momento, o profissional que assiste à mulher necessita restaurar a tranquilidade, o equilíbrio, a harmonia interior. Com o cuidado, deve mostrar todas as opções que a mulher tem com base na história do pré-natal e no desenvolvimento fetal e acompanhar essas escolhas intervindo o menos possível e exercitando o encontro do ser profissional com o ser parturiente (MARTINS, RAMOS, 2005).

O termo humanização na obstetrícia vem sendo utilizada há vários anos, principalmente pelo Ministério da Saúde e por autores que estudam modelos de atenção (BRASIL, 2001), no sentido de minimizar a medicalização excessiva do parto (REHUNA, 1993; WAGNER, 1994; GREEN et al., 1998). Entende-se que a complexidade das questões relacionadas à “humanização” já se inicia com a utilização desse termo, pela inadequação para designar o que pretendem as práticas de saúde, pois gera equívocos por simplificar as estratégias de intervenção com base nas concepções, como pensar que o todo ser humano é

essencialmente bom (MINAYO, 2004) e que bastará então orientá-lo, educá-lo, “sensibilizá-lo” para o exercício desta “bondade” para com o próximo, que assim a humanização vai ocorrer (SÁ, 2005).

A implementação do modelo de assistência humanizado teve início na década de 1980 (OMS, 1985; 1996), e propõe o uso adequado de tecnologias para o parto e o nascimento com base nas evidências científicas que contestam práticas preconizadas no modelo medicalizado de atenção. Uma das propostas do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento é a implementação de modelos de atendimento como “casas de parto”, o que possibilita a compreensão do parto não mais como uma disfunção, que deve ser medicalizada, reparada (cirurgicamente) e tratada sob a ótica de intervenção no corpo biológico (SILVEIRA et al., 2013).

As maternidades ditas humanizadas são agraciadas com o prêmio Galba Araújo, com um valor em dinheiro e uma placa que a enquadra dentro da categoria humanizada. Concedido em nível estadual, regional e nacional, esse prêmio tem provocado a mobilização dos hospitais e a participação de um número crescente de serviços a cada edição, contribuindo para conferir legitimidade ao modelo humanizado. Em junho de 2008, foi divulgada a Resolução RDC nº 36, da Anvisa, segundo a qual os serviços de atendimento obstétrico e neonatal devem adotar medidas que incentivem o parto humanizado e a redução dos índices de mortalidade materna e neonatal no país (BRASIL, 2008b).

No Brasil, o movimento pela humanização do parto é impulsionado por experiências em vários estados, defendendo que os direitos da mulher sejam respeitados neste período. Em 1994 surgiu no Rio de Janeiro a primeira maternidade pública “autodefinida” como humanizada, que recebeu o nome de Leila Diniz. O projeto arquitetônico desta maternidade seguia a inspiração do modelo de humanização da assistência ao parto e nascimento da maternidade francesa de Pithiviers, desenvolvida pelo médico francês Michel Odent. Nesta proposta de humanização o ambiente da maternidade é parecido com o de uma casa, e a assistência prioriza recursos da medicina alternativa como a cromoterapia e a hidroterapia. O respeito ao processo fisiológico do trabalho de parto é uma premissa reconhecendo a autonomia da mulher em todo o processo (MOUTA, 2009).

Marcos Dias (2006), que fez sua tese de doutorado sobre a Humanização da Assistência em uma maternidade Pública do RJ, mostra que na percepção dos profissionais de saúde a humanização tem múltiplas propostas embutidas que vão desde o direito à Lei do acompanhante até a qualificação da assistência.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), os profissionais de saúde devem ser coadjuvantes dessa experiência e desempenham importante papel no sentido de direcionar toda a atenção às necessidades da mulher e dar-lhes o protagonismo e o controle da situação na hora do nascimento, mostrando as opções baseadas nas evidências científicas e nos seus direitos, tendo a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias. Podem minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. É preciso lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e devem ter consciência dessa responsabilidade.

Esse cenário suscita indagações sobre a efetividade de estratégias prescritivo-normativas, que não problematizam o contexto social e político-institucional em que se inserem, não entendendo a “humanização” ou a mudança das práticas de saúde como resultante de fatores de ordem intersubjetivas e inconscientes dos sujeitos (SÁ, 2009). Para Cristophe Dejours, a cooperação é impossível de prescrever. “Ordenar a cooperação (e, poderíamos dizer, a ‘humanização’) é como ordenar o amor, numa ordem do tipo: ‘amai-vos uns aos outros’, ‘cooperai uns com os outros’” (DEJOURS, 1999, apud SÁ, 2009, p. 29).

Ao buscar entender o problema por uma faceta estrutural, um estudo mostra que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; a falta de leitos, a deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais; a atenção centrada na prática intervencionista desconsiderando o protagonismo da mulher no momento do parto; e o despreparo dos profissionais de saúde e gestores para a atenção humanizada no processo de parturição, são fatores impeditivos para concretização do PHPN (BUSANELLO et al., 2009).

No estudo de Boaretto (2003) envolvendo maternidades do Rio de Janeiro, nas informações prestadas pelos gestores acerca das rotinas praticadas nos serviços, observou-se que a adoção dos procedimentos preconizados pelo PHPN é mais frequente nos itens em que o consenso técnico entre médicos é mais consolidado e menos intensa nos aspectos relacionados à redução de assimetrias na relação com a clientela, à diminuição de intervenções médicas, ao acolhimento e ao suporte emocional.

2.6 O OLHAR DA SAÚDE COLETIVA SOBRE O PROCESSO REPRODUTIVO

A saúde coletiva tem por objeto o conjunto das necessidades sociais de saúde e, portanto, pretende dar suporte às práticas de distintas categorias e atores sociais, face às

questões de saúde/doença e da organização da assistência, sendo ao mesmo tempo um núcleo de saberes e de práticas sociais (CAMPOS, 2000). Desse modo, tudo que for relativo à saúde do público diz respeito à saúde coletiva (PAIM, TEIXEIRA, 1992).

A saúde coletiva estabelece uma noção de processo reprodutivo biossocial como sendo constituído por uma gama de fatores, integrado à vida social, localizado no espaço e na história de populações específicas e marcado pelas relações de forças subjacentes (REZENDE, 2015).

Ao fazer uma análise histórica da reprodução feminina antes da década de 1980, nota-se que vigorava a perspectiva materno-infantil, com ênfase nos aspectos biológicos para a explicação dos fenômenos (AQUINO et al., 2003). O foco somente nestes aspectos, no que tange ao parto e ao nascimento, tem gerado condutas excessivamente intervencionistas e rotinas hospitalares consideradas desnecessárias e geradoras de risco, tais como: episiotomia (corte no períneo para facilitar a saída do bebê), amniotomia (provocar a ruptura da bolsa, que contém o líquido amniótico), enema (lavagem intestinal), tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas. A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, a curto, médio e longo prazos.

O conjunto de medidas tidas como humanizadoras busca a parcimônia da racionalidade tecnológica, desestimulando o parto medicalizado, visto como tecnologicizado, artificial e violento, e incentivando práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas mais adequadas à fisiologia desse momento e, portanto, menos agressivas e mais naturais. Para Campos (2011), o uso indiscriminado da racionalidade tecnológica facilita o surgimento de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, além da prática abusiva da cesariana, contribuindo para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

Para a saúde coletiva, o modo de conhecimento com ênfase somente na racionalidade tecnológica atua de modo fragmentado, sem outros agentes de cuidado na atenção ao processo reprodutivo. Entre os agentes de cuidado em relacionamento com as mulheres também figura o Estado, porém, quem exerce o papel central são as redes de parentesco e afinidade, bem como os parceiros (REZENDE, 2015).

De acordo com Merhy (2000), o olhar para os aspectos biológicos somente com uso de tecnologias duras, tais como equipamentos, imagens, exames laboratoriais, reduz o trabalho em saúde, deixando-o sem espaço para a criação e para a autonomia do profissional de saúde,

que age por meio de regras, de forma regular e mecânica, como se estivesse sendo adestrado para cumprir metas e objetivos propostos. Esse saber necessita ser mediado pela racionalidade da práxis (CAMPOS, 2011), a que Merhy (2000) denomina de tecnologia leves, implicadas na produção das relações entre dois sujeitos, com acolhimento, vínculo e comunicação.

Outros fatores externos, como a força dos movimentos sociais, também exerceram forte influência nas políticas públicas, conferindo novos contornos ao debate sobre as desigualdades sociais. Nesse cenário, a busca por defender a integralidade e a humanização da atenção e abrir espaços para a luta contra todas as formas de discriminação e opressão encontrou voz no movimento de mulheres, que se destacou no setor da saúde ao tornar visíveis as iniquidades de gênero. Isso se legitima pelo estabelecimento de acordos internacionais resultantes dos grandes fóruns promovidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) nos anos 1990, que ampliaram o debate sobre o tema, defendendo os direitos reprodutivos (AQUINO et al., 2003).

Insere-se aqui uma reflexão sobre a influência que as forças sociais e políticas de nível global e local exercem sobre as vidas cotidianas e sobre as próprias experiências reprodutivas de mulheres às margens da sociedade brasileira, justificando a importância de se olhar para o processo reprodutivo de modo ampliado, como ação biossocial, uma vez que possibilita enquadrar a relação entre Estado e sujeito na sua complexidade, e provocar questões correlatas no campo da saúde pública no Brasil (REZENDE, 2015).

A saúde coletiva alinha-se com a proposta de olhar o processo reprodutivo como biossocial, pois traz como marcos conceituais o cruzamento entre diferentes saberes e práticas; a ênfase na integralidade e na equidade na lógica do SUS; a superação do biologicismo e do modelo clínico hegemônico (centrado no saber e na prática médica, na doença, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalar); a valorização do social e da subjetividade, do cuidado e não só da prescrição; o estímulo à convivência e ao estabelecimento de laços entre a população e os profissionais de saúde; a atenção à saúde organizada com base na lógica do cuidado e não da doença e a crítica à medicalização e ao “mercado da cura” (CAMPOS et al., 2009).

Trazendo essa perspectiva para o processo reprodutivo de homens e mulheres, verifica-se que está em consonância com o que as políticas públicas da área de saúde da mulher preconizam, pois entende-se que além da reestruturação física dos hospitais para humanizar o momento do nascimento, faz-se necessário rever as ações e o atendimento prestado pelos trabalhadores das equipes, que têm sido apontados como importantes mediadores de tal proposta (REIS, PATRÍCIO, 2005).

O espírito individualista-libertário proposto pelo médico francês Leboyer (1996), na década de 1970, está descrito em seu livro *Pour une naissance sans violence*, que no Brasil foi traduzido como “Nascer Sorrindo”. O autor defende que o parto deve ser um evento sexual fundamental na vida do casal, no qual ambos devem se preparar para este momento e a mulher deve ter prazer ao dar à luz, e o bebê deve ser recebido em um clima de harmonia, de preferência sorrindo, daí a expressão “Nascer Sorrindo”, muito utilizada para nomear grupos de gestantes pelo Brasil afora.

2.7. UM OLHAR SOCIOANTROPOLÓGICO PARA AS PRÁTICAS OBSTÉTRICAS DOS HOSPITAIS DE ENSINO

O hospital é considerado como principal instituição de transmissão de conhecimentos e uma das principais estruturas da medicina científica, sendo os universitários considerados como templos que servem de campo para a prática de alunos de diversos níveis do ensino superior. Para Coradini (2005), até os dias atuais os hospitais são considerados os templos de poder da medicina contemporânea, sendo os universitários os representantes do cerne deste poder, onde neles circulam professores de medicina, gestores que formam a elite médica, de pensadores e dos cientistas no campo médico científico no Brasil.

Os modelos de atendimento nos hospitais seguem baseados no Relatório Flexner, que marcou a passagem da medicina para a biomedicina moderna (KEMP, EDLER, 2004), sendo considerado ainda como uma matriz disciplinar e pedagógica de ensino nos dias atuais (ALMEIDA FILHO, 2010).

O Relatório Flexner, publicado pelo americano Abraham Flexner em 1910, exerce influência até hoje nas escolas médicas do Brasil, nas quais, a partir dos anos 1950, gerou profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial, pois, até a sua publicação, a medicina era considerada apenas como ausência de doenças; após sua criação, a formação médica se voltou para o tratamento e a prevenção das doenças e para as especialidades (PAGLIOSA, DAS ROS, 2008).

Foucault, em o *Nascimento da Clínica*, destaca o surgimento da anatomo-clínica (uma medicina do corpo, das lesões e das doenças), como uma ciência com o objetivo de conhecer as alterações visíveis que o estado de doença produzia nos órgãos do corpo humano. Isso fez

com que a mudança do saber médico do século XVIII gerasse a percepção de algo por trás do visível, além de descobrir a doença na profundidade do corpo (FOUCAULT, 2011). Esse passo foi possível com a criação de instituições hospitalares nas quais era possível reunir um número maior de doentes para a realização dos procedimentos anatomo-patológicos, as necropsias. O hospital do século XVIII já era considerado uma máquina de ensino e pesquisa, tornando a medicina caracteristicamente hospitalar (FOUCAULT, 2011).

Os hospitais são como pequenas sociedades, que possuem cultura, regras, tradições, rituais, hierarquia, vestimenta e linguagem própria (GOFFMAN, 2001). O ser, ao se inserir numa instituição social hospitalar que se organiza de modo a atender pessoas em situações semelhantes, separando-as da sociedade mais ampla por um período e impondo-lhes uma vida fechada sob uma administração rigorosamente formal que se baseia no discurso de atendimento aos objetivos institucionais, apresenta a tendência de “limitação”, o que vai simbolizar o seu caráter “total”.

Esse caráter total da instituição age sob o internado de maneira que o seu eu passa por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e do seu papel social, o que Goffman (2001) chama de “mortificação do eu”, ocasionado pela imposição das regras de conduta, de barreiras no contato com o mundo externo, do enquadramento do “despojamento de bens” que o faz perder o conjunto de identidade e segurança pessoal que traz consigo.

Ao internar-se em um hospital, a pessoa sofre um ritual padronizado de despersonalização e passa a ser tratada como o paciente do leito X ou o caso Y. Os pacientes hospitalizados deixam para trás tudo o que faziam. Dentro do contexto hospitalar, esses rituais reafirmam, sistematicamente, valores e princípios de quem participa do ritual da cura médica, simbolizando ciência e confiabilidade e como devem se vestir e comportar os indivíduos neste ambiente (HELMAN, 2009).

Na área obstétrica, esses rituais e simbolismos são percebidos com mais rigidez. Pesquisa em um hospital universitário no Sul do Brasil constatou uma desconsideração sistemática da parte dos profissionais de saúde sobre a participação das parturientes nas decisões a respeito do que está acontecendo com seu corpo durante o parto, os procedimentos realizados e as práticas adotadas (CARVALHO, 2010).

Hotimsky (2007), a partir de um estudo etnográfico realizado em um hospital de ensino no Brasil, encontrou resultados semelhantes, demonstrando a ausência de informações sobre condutas e decisões médicas, desconsiderando as mulheres, utilizando-se de juízos de valor e destituindo-as como sujeitos de direitos. Além disso, verificou que se valorizava uma

transmissão de conhecimentos oral, com base nos relatos de casos clínicos, que privilegiava a formação “técnico-científica”, e não valorizava a interação na questão do cuidado.

Utilizando-se do conceito de campo proposto por Pierre Bourdieu, o hospital representa uma instituição onde há um espaço social multidimensional de relações sociais entre agentes que compartilham interesses em comum, disputam por troféus específicos, mas que não dispõem dos mesmos recursos e competências. É um espaço de disputa entre dominantes e dominados que pode se dar pelo conhecimento. Em um hospital universitário, há um consumo desses conhecimentos como bens simbólicos e esses bens agregam valor de capitais tanto científicos quanto políticos (BOURDIEU, 1989).

Os valores destes capitais são aumentados em hospitais universitários (HUs), pois segundo o Ministério da Educação, os HUs estão preparados para realizar serviços altamente especializados e propiciam atendimento de alta complexidade (BRASIL, 2007). Isso não quer dizer que a assistência ao parto de gestantes de alto risco não possa utilizar os mesmos passos técnicos da assistência ao parto de baixo risco, que segue a linha de não intervir na fisiologia (LEMOS, 2012).

Ao realizar uma análise de frases dos editoriais da Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, ficou evidente que a atitude do profissional de intervir em processos fisiológicos é referendada pelos próprios médicos ginecologistas e obstetras, por entenderem que devem assumir esta posição de comando sobre o corpo feminino, pressupondo que somente cabe a “eles” dizer o que deve ser feito, principalmente quanto aos temas obstétricos e com ênfase em patologias (PEREIRA, 2014).

Outro estudo, que fez a análise de 45 editoriais da Revista Brasileira de Educação Médica, percebeu que são minguados os temas como gênero e corpo e, quando aparecem, são tratados por autores não médicos, como é o caso de gênero, ou abordado por um viés da diversidade, como um dos artigos que trata do corpo com deficiência (PEREIRA, 2014).

A etnografia como técnica de coleta de dados nos hospitais, aplicada por pesquisadores de diversas áreas e temas, tem demonstrado resultados impactantes na assistência prestada. A tese de doutorado intitulada *Em busca da boa morte*, de Menezes (2004), descreveu o dia a dia dentro do hospital a partir das práticas dos profissionais e dos discursos produzidos sobre os cuidados paliativos em torno do morrer, que antes não eram vistos e sequer conhecidos pelas equipes de saúde.

Leininger (1985) desenvolveu um método de pesquisa etnográfico específico para a saúde, mais especificamente para a enfermagem, o qual denominou de etnoenfermagem. A etnografia busca a compreensão do ser, a partir de um processo sistemático de observar,

detalhar, descrever, documentar e analisar o modo de ser e de viver dentro do seu ambiente natural. O pesquisador deve despir-se de algumas noções preconcebidas, permitindo-se questionar e observar o fenômeno que deseja entender, sem desconsiderar a sua vivência de mundo (SILVA, LOPES, DINIZ, 2008).

Bonet (2004), em sua dissertação *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*, realizou uma etnografia sobre o processo de aprendizagem da biomedicina com médicos em hospital de Buenos Aires, na Argentina. Seu trabalho trouxe contribuições importantes para a reflexão sobre os aspectos culturais e históricos do campo científico da biomedicina. O autor analisa representações, práticas concretas e dramas cotidianos de profissionais médicos para trazer à tona o caráter radicalmente central do que considera ser a tensão estruturante entre o saber e o sentir. Esse estudo etnográfico ocorreu num período de quatro meses em uma instituição hospitalar de ensino, pela visão de um antropólogo. O pesquisador, que não pertencia àquele cenário, considerava-se um estranho no ninho, mas, ao mesmo tempo, um ‘estranho’ semelhante, por pertencer à mesma sociedade.

Talvez por esse motivo tenha conseguido estabelecer relações de amizade com seus informantes, com seu *insight* ocorrendo quando percebeu que estava vivendo o dilema do seu objetivo de pesquisa, que era justamente levantar, entre os residentes, a relação entre o saber e o sentir. O fato de ter que dar retorno aos pesquisados a pedido deles também mostrou que há uma expectativa sobre o que está sendo observado e que há um reflexo do que se escreve sobre o objeto de pesquisa (BONET, 2004).

Este saber ainda é legitimado pelas instâncias de ensino superior, tanto que Bonet (2004) observou que os residentes de medicina baseavam seu trabalho neste modelo, o qual chamou de *tensão estruturante*, no qual o habitus do trabalho médico se desenvolve e se manifesta, em uma visão dicotômica entre o que devem saber e o que sentem ao fazer.

Então, a quebra desta tensão estruturante deve acontecer quando se questiona as práticas e as rotinas obstétricas pela desestruturação do modelo vigente, trazendo como metodologia de trabalho a assistência com a lógica de equipe de referência, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e dispositivos da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007).

Segundo Roberto DaMatta (1978), o etnólogo tem a dupla tarefa de transformar o familiar em exótico e vice-versa. Ao mesmo tempo em que veste a sua capa, tem de aprender a tirá-la de um grupo social ou classe para conseguir no familiar descobrir o exótico.

As bases para uma antropologia é a alteridade, pois, para sua existência, um nativo é transformado em informante e, ao mesmo tempo, só há dados quando o processo de empatia

acontece. É nessa relação, nem sempre harmoniosa, entre informante e pesquisador, que se poderá distinguir uma piscadela marota de um piscar de olhos. Nesse processo de interpretação, é possível, então, a operacionalização de uma descrição densa, característica de estudos etnográficos (GEERTZ, 2008).

Após determinado tempo, é possível que seja minimizado o viés que possa existir nestes estudos, ocasionados pela observação participante e pelo fato do informante ter que parar suas atividades para responder a um questionário ou entrevista. Os estudos da etnoenfermagem têm se direcionado para os ambientes hospitalares, tendo os hospitais universitários (HUs) servido como campo de coleta para pesquisas na área (ANGROSINO, 2009).

Esses hospitais, reconhecidos oficialmente como de ensino, foram criados para suprir necessidades específicas do aprendizado dos profissionais da área de saúde, além da realização de extensão e pesquisa. São prolongamentos de um estabelecimento de ensino em saúde, promovem treinamento universitário, estão submetidos à supervisão das autoridades competentes e propiciariam atendimento em nível de atenção terciária a uma parcela da população. Porém, como acabam atendendo a todos os níveis de atenção, são mais caros. Estão pouco integrados aos demais níveis de atenção e têm certa autonomia gerencial em relação aos sistemas de saúde (MEDICI, 2001).

Destaca-se que o modelo de gestão adotado pelos HUs deve ser de excelência e servir de exemplo para as demais unidades e para os profissionais de saúde, especialmente pelo seu caráter de ensino. Isso significa entender que esses hospitais necessitam ser os primeiros a adotar os modelos de atenção à saúde preconizados pelo Ministério da Saúde. Trazendo esta discussão para o microespaço da atenção obstétrica, é de suma importância a implementação de políticas públicas como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha, já referenciados (LEMOS, 2012).

Estudo realizado a partir de etnografia do processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação médica em obstetrícia constatou embates em torno da noção de humanização do parto, contrapondo-se à proposta ministerial, ao verificar que o modelo ideal proposto por professores não condizia com as práticas dos alunos no hospital de ensino. Isso acontece porque as formas como as equipes de trabalho lidam com as evidências científicas sofrem variações de acordo com os contextos locais (HOTIMSKY, SCHRAIBER, 2005).

Goffman, cientista social na década de 1950, realizou um estudo etnográfico em uma instituição federal hospitalar para doentes mentais em Washington, com cerca de 7.000 internos, com o objetivo de fazer uma análise sociológica da estrutura do comportamento dos

internos. Os resultados desse estudo culminaram nas suas mais importantes obras, que o permitiram formular os conceitos de “instituição total”, de “carreira moral”, de “vida íntima da instituição” e analisar o modelo médico e a hospitalização psiquiátrica americana (GOFFMAN, 2001).

O uso da etnografia em um hospital universitário foi relatado por Tornquist (2004) como um movimento de articulação com tentativas de estranhamento e de aproximação em universo familiar e exótico ao mesmo tempo, já que a pesquisadora não era da área da saúde, mas sabia que era um lugar onde mulheres como ela iam dar à luz. Esse espaço hospitalar, com suas rotinas e configurações, constituía-se em uma verdadeira alteridade, tratando de transformar o que era frontalmente exótico – o mundo do hospital – em um espaço familiar, com sua lógica própria, a qual, aos poucos, conseguia compreender e quase interiorizar. O hospital universitário foi escolhido por ser uma instituição nodal das sociedades contemporâneas, tão densa quanto visceralmente implicada com o bio-poder, uma estrutura institucional pesada da sociedade moderna, cujos efeitos se fazem sentir até mesmo fora dela. Pensar os dilemas do parto hospitalar na contemporaneidade é entender que as maternidades são um “complexo tabuleiro onde tudo se joga” (TORNQUIST, 2004).

A contribuição da etnografia para o estudo de Tornquist (2004) mostrou a necessidade de se inserir a equipe de saúde na observação participante, tendo em vista a importância das interações e da comunicação entre os envolvidos nos processos de parto.

Grande parte da pesquisa em Antropologia na saúde tem lidado com problemas referentes à comunicação entre os profissionais de saúde e seus pacientes. As perspectivas médicas e da população sobre problemas de saúde têm sido descritas como diferenças entre os conceitos de *disease* (patologia, afecção, doença) e *illness* (incômodo, mal-estar) (HELMAN, 1996).

Tais diferenças de perspectiva podem causar muitos problemas na interação entre o profissional e o paciente. Nesse sentido, determinados modelos de relação permitem que as iatrogenias aconteçam com mais facilidade, repercutindo negativamente na pessoa e na própria identidade do profissional, decorrentes, em sua maioria, de práticas equivocadas.

A competência cultural vem sendo proposta como forma de dirimir este pensar do profissional unilateralmente. Os profissionais de saúde que apresentam a competência cultural e linguística compreendem e respondem efetivamente as demandas culturais trazidas pelos usuários. Para aumentar sua diversidade cultural, o profissional precisa melhorar sua sensibilidade em relação às crenças culturais e às origens dos usuários, bem como melhorar o

acesso aos cuidados de saúde das minorias e reduzir as barreiras organizacionais como forma de otimizar a comunicação com a população que recebe os cuidados (HELMAN, 2009).

3. BASES METODOLÓGICAS

Trata-se de uma de pesquisa qualitativa, do tipo analítica que lançou mão da perspectiva socioantropológica como referencial teórico e metodológico para compreender as representações e as práticas sociais dos profissionais de saúde e usuárias sobre a assistência ao parto em um Hospital Universitário do Sul do Brasil. Para alcançar esse objetivo optei por realizar um trabalho de campo no referido hospital, seguindo as pistas dadas por antropólogos sobre as vantagens do trabalho de campo etnográfico. As idéias de Geertz (2008), DaMatta (1978), Bonet (2004) e Tornquist (2004) entre outros, serviram como guias que orientaram a pesquisa. Para Geertz (2008), a etnografia consiste em uma descrição densa a partir de uma observação sistematizada sobre o contexto e o comportamento de pessoas, com o intuito de perceber o ambiente e as interações, para apreendê-los nas diversas dimensões possíveis. Partindo dessas indicações privilegiei uma convivência prolongada com grupo escolhido, isto é, em todos os turnos de plantões, em períodos de mais de 6 horas interagindo com os o(s) sujeito(s) pesquisados no campo. Essas interações ocorriam tanto no momento dos procedimentos obstétricos quanto em conversas informais, períodos de descanso dos plantões, e outros espaços fora do ambiente hospitalar como, por exemplo, seminários promovidos pela instituição, comemorações da equipe e datas festivas. A coleta de dados da pesquisa ocorreu de janeiro a abril de 2017.

Essa modalidade de pesquisa permitiu praticar o “estranhamento” já que pela minha vinculação do HU, seria facilmente identificada como uma funcionária hierarquicamente superior naquele contexto, o que poderia dificultar minha interação com os interlocutores da pesquisa. Quando haviam profissionais que me reconheciam, sentia que havia uma certa desconfiança pela minha presença como se estivesse vigiando ou avaliando seu desempenho em serviço. Com esse aporte minha tarefa foi tentar me distanciar ao máximo de uma posição de detentora de um saber especializado técnico. Para tanto, inicialmente, passei a frequentar menos ambientes assistenciais e de salas de parto, e mais os espaços onde os profissionais se reuniam nas pausas e trocas dos plantões, como a sala de descanso. Entre um e outro chimarrão dava início às conversas, não somente sobre a rotina de serviço, mas também os ouvia (e falava) sobre assuntos variados, incluindo questões gerais e pessoais. Isso promoveu certo descolamento da imagem de enfermeira, ressaltando mais o papel como pesquisadora no campo. Portanto, foi preciso uma nova roupagem, “sem jaleco” para começar minha aventura no universo etnográfico.

Ciente de que não poderia apagar totalmente a minha identidade como enfermeira, busquei me aproximar de profissionais recentemente contratados pela empresa pública²¹ (EBSERH), que não faziam parte da minha equipe de trabalho até a saída para o doutorado. Dessa forma, acreditava que eles não estariam impregnados com percepções anteriores sobre o meu trabalho. Senti que foi uma escolha acertada, pois assim eles me trataram como tal e me apresentaram ao serviço como se estivesse sendo a minha primeira entrada naquele campo.

Assim que iniciei a entrada no campo as primeiras impressões trazidas pelas funcionárias do Regime Jurídico Único (RJU), particularmente as técnicas de enfermagem e enfermeiras, foi de insatisfação em relação ao gerenciamento da EBSERH. Outro fator de mudança no hospital que tem gerado desconforto entre os funcionários é a presença de dois regimes de trabalho, o celetista que é a forma de contratação da EBSE; e o estatutário, representado pelos servidores regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU), ambos com carga horária e salários diferentes. Com um tom de indignação, as funcionárias reclamavam das alterações trazidas por esta nova gestão, sendo uma delas a ampliação do quadro de funcionários, visto por alguns como um benefício, mas para elas avaliado como retrocesso.

Justificam dizendo que a qualidade da assistência reduziu drasticamente, por uma baixa qualificação destes profissionais contratados, aliado à falta de interesse e à superficialidade no atendimento, bem como a pressa em realizar os procedimentos. Com isso a assistência fica relegada a segundo plano. Destaco a fala de uma funcionária:

Antes era uma enfermeira para um plantão e a gente dava conta de tudo, hoje são no mínimo três por turno e não se dá conta das tarefas, por exemplo no trabalho de parto as mulheres ficam lá sozinhas a maior parte do tempo, sem assistência de enfermagem (P3).

Outra queixa recorrente das funcionárias é o excesso de burocracia, causado pelo sistema AGHU²², tirando o profissional da “beira do leito”, pois os computadores onde se realiza a evolução das pacientes fica longe dos leitos e são poucos, com isso sujeitando as usuárias a maior risco de desassistência.

²¹ A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) é uma [empresa pública brasileira](#) (na categoria de empresa pública de direito privado), vinculada ao [Ministério da Educação](#). Criada pela Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011, a Ebserh tem como finalidade principal gerenciar os [hospitais universitários](#) federais e prestar apoio às [universidades](#).

²² Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU, é um software passou a ser desenvolvido por equipes de tecnologia da informação nos HUs. São vários módulos, que variam conforme a instituição a maioria são na área assistencial, o Registro de Pacientes, Internação, Prescrição Médica, Prescrição de Enfermagem, Exames e Farmácia e, na área administrativa, Centro de Custos, Registro do Colaborador, Compras, Faturamento SUS e Segurança de Usuários.

Seguindo um dos critérios para a realização de uma observação etnográfica, a participação de uma informante-chave foi crucial para o início do meu trabalho. Essa figura era uma residente multiprofissional de fisioterapia que se mostrou bem receptiva em me contar sobre como funcionava o CO, apresentando-me aos profissionais. A minha atuação anterior como tutora e preceptora na residência multiprofissional facilitou entender a proposta pedagógica de trabalho dos residentes do programa de residência multiprofissional. Assim a minha interlocutora se sentia à vontade para relatar os vários problemas encontrados pela residência multiprofissional, como o caso da deficiência de preceptores com supervisão direta. O papel do fisioterapeuta contratado pela instituição é atender a unidade de internação e o CO conjuntamente em dias e turnos distintos.

O trabalho de campo foi complementado com entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais e usuárias. Com os profissionais as entrevistas foram realizadas nas salas de descanso, sempre privilegiando a privacidade e suas disponibilidades. Por se tratar de profissionais com períodos longos de trabalho tentei me adaptar ao máximo aos horários estabelecidos por eles de forma a não comprometer suas agendas. Percebi que a categoria de enfermeiros e técnicos de enfermagem expressavam um desejo de falar sobre suas vivências e algumas entrevistas se prolongaram mais que as realizadas com os(as) médicos(as).

Com as mulheres optei por realizar a maior parte das entrevistas em seus domicílios pela relativa informalidade do ambiente, o que favoreceu elas falarem mais abertamente sobre suas vivências pgressas da maternidade. O espaço da casa funcionou como um lócus de confiança e trocas mais simétricas, suavizando as hierarquias do ambiente hospitalar. Nos contatos que estabeleci com elas no hospital ficava claro o constrangimento em falar sobre a assistência prestada no serviço, talvez por medo de sofrerem represálias, não somente a elas, mas principalmente aos bebês.

Um fator que amenizava esta situação foi o fato de ter um número maior de profissionais circulando no serviço, com isso as gestantes internadas ou que aguardavam para serem avaliadas não sentiam a minha presença. Pareciam já estar acostumadas com o excesso de abordagem de muitas pessoas e profissionais que perguntavam com frequência dados referentes ao seu estado de saúde.

Consegui presenciar várias vezes durante o campo quando estava conversando com as mulheres a interpelação de diferentes profissionais, realizando questionamentos já feitos, sem se ater à leitura prévia do prontuário. Outro fato que observava recorrentemente era a forma de abordagem, de uma maneira geral fria e impessoal, como se estivessem fazendo um favor

de prestar o atendimento à mulher, o que poderia ser considerado uma forma de violência velada.

Outra fonte de dados que foi importante para a pesquisa foi o grupo composto por mulheres que passaram por situação de violência nos hospitais do município de Santa Maria. Conheci este grupo a partir do contato feito por uma estudante de jornalismo que solicitou a mim dados epidemiológicos da violência obstétrica no município de Santa Maria para uma investigação jornalística, segundo ela. Como não foi possível fornecer a informação, pois não se notifica a violência obstétrica dentro do SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação, essa estudante de jornalismo lançou uma pesquisa online para obter estes dados. Diante deste quadro surgiu um movimento na cidade durante o período da coleta de dados em 2017, reunindo algumas mulheres que haviam sofrido violência obstétrica. As participantes passaram a se reunir presencialmente uma vez por semana para conversar e criar meios para divulgar e dar visibilidade ao tema da violência obstétrica. Havia também a proposta de buscar instâncias jurídicas e embasamento legal para o enfrentamento da questão no município. Fui convidada por elas para integrar o grupo e participar das reuniões do Comitê de Saúde e dos Direitos Humanos da Câmara de Vereadores de Santa Maria. O intuito era solicitar uma audiência pública em Santa Maria sobre o tema da violência obstétrica, o que foi alcançado em outubro de 2017. Coincidentemente neste mesmo mês também ocorreu uma manifestação pelas ruas da cidade, com a participação de vários movimentos sociais que apoiavam a causa. Houve a participação de mais de 50 pessoas, dentre vereadores e autoridades. Após a minha integração a esse grupo muitas mulheres se interessaram pela minha pesquisa e se propuseram a colaborar.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada em um hospital público federal, de grande porte e de ensino, no interior do Rio Grande do Sul (RS). Desde sua fundação, em 1970, o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), é referência em saúde para a região do centro do Rio Grande do Sul. Sendo um órgão integrante da Universidade Federal de Santa Maria, a instituição atua como hospital-escola, com sua atenção voltada para o desenvolvimento do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde.

Está localizado no campus da universidade, distante 12 km do centro da cidade. A missão e a visão do hospital, de acordo com o Relatório de Implementação do Processo de Acreditação Hospitalar, são:

[...] VISÃO: Ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão promovendo a saúde das pessoas.

[...] MISSÃO: Desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental.

O hospital vem passando por mudanças, especialmente após a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) ter firmado contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), em 17 de dezembro de 2013. A EBSEH é uma empresa estatal de direito privado. Paulatinamente, a estrutura de governança (Superintendente, Gerentes, Chefes de Divisão, Chefes de Setores e Chefes de Unidades e Assessorias) passou a ser constituída em consonância com a EBSEH, a qual instituiu, como ferramenta de gestão, o uso do Plano Diretor Estratégico (PDE), documento que expressa Diretrizes e Linhas Estratégicas da Instituição, tendo o HUSM adotado seis Linhas para a gestão de 2011-2016:

- Aprimoramento do Ensino, Pesquisa e Extensão;
- Promoção da Assistência;
- Política de Gestão de Pessoas;
- Política de Gestão Financeira;
- Modernização da Infraestrutura e Incremento Tecnológico;
- Aprimoramento dos Processos de Gestão.

A administração geral era formada por um grupo de eleitos pela comunidade universitária (servidores e docentes do hospital universitário). A última eleição ocorreu em 2009, tendo como composição: diretor geral, diretor clínico, diretor administrativo, diretor de ensino e pesquisa e diretor de enfermagem. Com a EBSEH os cargos passaram a ser por indicação da diretoria em Brasília. Atualmente os cargos são os seguintes: superintendente, gerente administrativo, gerente de atenção à saúde e gerente de ensino e pesquisa (BRASIL, 2011c).

Segundo o relatório estatístico do HUSM/2016, os atendimentos prestados à comunidade são realizados em 403 leitos, sendo 354 da Unidade de Internação e 49 da Unidade de Tratamento Intensivo; além das 58 salas de ambulatório, 10 para atendimento de emergência, 07 do Centro Cirúrgico e 02 do Centro Obstétrico.

A equipe é composta por 169 docentes; 1.099 funcionários do Regime Jurídico Único (RJU) e 706 da EBSEH em nível de apoio, médio e superior; 597 funcionários de serviços terceirizados, além de 2.255 alunos-estagiários de graduação da UFSM, estagiários, residentes, mestrandos e doutorandos.

De acordo com os dados fornecidos pelo Setor de Estatística, no conjunto de atividades assistenciais, em 2016 foram realizadas: 15.209 internações; 7.053 cirurgias no Bloco Cirúrgico e 17.158 pequenas nos blocos ambulatoriais; 2.125 partos; 180.439 consultas ambulatoriais atendidas e 210.365 consultas ambulatoriais agendadas, demonstrando assim 15% de absenteísmo por parte dos pacientes. Também foram realizadas 30.254 consultas no Pronto Socorro e 1.013.405 exames (HUSM, 2018).

Outro fator que ressalta a importância do HU é o fato de ser um dos únicos hospitais da região do centro do estado do RS que atende pelo SUS. Neste hospital são prestados diversos serviços especializados, porém esta instituição não foi agraciada com nenhum dos títulos (Hospital Amiga da Criança, Maternidade Segura, Prêmio Professor Galba de Araújo) que são conferidos aos que são modelo de assistência no atendimento à mulher e à criança. O HU não possui a Unidade Canguru e nem Banco de Leite Humano, métodos de assistência neonatal que implicam em contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso e que reduz os índices de desmame precoce respectivamente.

A unidade de internação obstétrica e o centro obstétrico (CO), locais de coleta do estudo, localizam-se no segundo andar e no subsolo do hospital, respectivamente. O CO presta atendimento às usuárias nos períodos de pré-parto, parto e pós-parto imediato, também a mulheres com intercorrências ginecológicas e clínico-obstétricas e as que passaram por situações de violência sexual e abortamento. As dependências são divididas em áreas restritas e não restritas. Na entrada do serviço encontra-se uma secretaria com uma pequena sala de espera para as consultas, dois boxes de avaliação obstétrica e ginecológica das vítimas de violência e abortamento, com um banheiro e espaço para prescrição e preparação de medicações.

Na área semirestrita ficam: a sala de estar dos médicos, uma sala de aula, três leitos de observação e espera de sala cirúrgica, uma maca para cardiotocografia, uma sala de ultrassonografia e seis leitos para pré-parto, todos com um banheiro de uso comum. Há um vestuário, uma rouparia, uma sala administrativa da enfermagem, banheiro de uso exclusivo dos funcionários, sala de lanche e sala de expurgo²³.

Na área restrita há um hall de acesso para a sala de parto normal com dois leitos, depósito, sala de cesárea anexa ao bloco cirúrgico e sala de recuperação anestésica com quatro leitos adulto e um berço aquecido para recém-nascidos. Nessa área, usa-se vestimentas

²³ Ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais e roupas utilizadas na assistência ao paciente e que também pode ser utilizado para a guarda temporária de resíduos.

próprias para locais em que ocorrem cirurgias, a mesma utilizada no centro cirúrgico do hospital. Em todo o setor não há janelas e não há sinal de celular.

A equipe de saúde conta com os seguintes profissionais de enfermagem: oito enfermeiras generalistas, sendo quatro com especialidade em obstetrícia, 22 técnicos de enfermagem e três auxiliares de enfermagem, oito bolsistas de enfermagem e dois auxiliares de saúde, distribuídos em três turnos de serviço (manhã, tarde e noite), com escala de seis horas no período diurno e de doze horas no noturno, sujeitos a variação de acordo com a necessidade do serviço. A jornada de trabalho é maior para equipe de enfermagem e varia conforme o regime de trabalho.

Quanto à equipe médica, possui 18 residentes de ginecologia e obstetrícia e sete preceptores. Os demais profissionais da residência multiprofissional comparecem ao serviço conforme solicitação ou necessidade. Os plantões médicos são de 12 ou 24 horas contínuas. A equipe de residentes multiprofissionais é composta por enfermeiros, assistente social, terapeuta ocupacional e nutricionista. Participam ainda do atendimento às usuárias, acadêmicos do curso de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. O quadro de funcionários administrativos é composto por duas funcionárias dos serviços gerais, uma de solicitação de materiais e almoxarife e quatro secretarias, que se revezam de acordo com o turno de trabalho.

Cabe ressaltar que os residentes de medicina da obstetrícia e ginecologia e os da residência multiprofissional, bem como os estudantes de medicina, em regime de internato, e bolsistas da enfermagem, integram a força de trabalho do hospital.

O número total de partos realizados em 2017 foi de 2.318, conforme dados do quadro a seguir do serviço de estatística do Hospital Universitário (HU):



Fonte: Serviço de Estatística HU, 2017.

A Unidade de Internação Obstétrica, que atende duas especialidades, a ginecológica²⁴ e a obstétrica, está situada no segundo andar do hospital, possui 32 leitos destinados à obstetrícia e sete à ginecologia. A equipe de enfermagem é composta por três enfermeiras e cinco técnicos por turno. Nessa unidade, ficam internadas as puérperas após duas horas do pós-parto e gestantes que estão em tratamento de intercorrências gestacionais, nos leitos destinados à obstetrícia. Quando não há leito disponível nessa unidade, a puérpera permanece no centro obstétrico, ocupando um dos destinados ao pré-parto.

A permanência hospitalar é de 24 horas no caso de parto vaginal e de 48 horas para cesáreas, no caso de ausência de anormalidade.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Este estudo foi realizado com 15 mulheres e com 10 profissionais de saúde que prestam atendimento no HUSM, totalizando 25 sujeitos entrevistados.

Quanto aos profissionais de saúde, foram entrevistados quatro médicos, cinco enfermeiras e uma técnica de enfermagem que trabalham no centro obstétrico.

Quanto às mulheres, os critérios de inclusão foram: estar em idade fértil, com história pregressa de parto vaginal ou cesariano e que passaram por atendimento no CO do HUSM, no período de 2009 a 2017. Para as mulheres foram considerados critérios de exclusão aquelas

²⁴ A clínica ginecológica fica junto a obstétrica para facilitar o trabalho dos residentes que têm especialização em obstetrícia e ginecologia. Na maioria dos hospitais esta clínica fica junto da unidade cirúrgica. Enquanto estava realizando a observação, devido à falta de leitos na obstetrícia, havia internação de mulheres com patologias ginecológicas, inclusive casos de câncer em investigação e tratamento, ao lado de puérperas e bebês.

que não tiveram filhos. Tomou-se o cuidado de não entrevistar mulheres que estivessem no puerpério imediato por considerar inadequado. Para as entrevistas foram considerados o ano do parto mais relevante recordado pelas mulheres mesmo que estas tenham tido mais de um filho. Foram incluídos os relatos tanto daquelas que passaram por cesarianas quanto por partos normais.

O que essas mulheres tinham em comum era a experiência de atendimento nos serviços obstétricos do HUSM. Preenchendo este requisito, convidei-as a participar da pesquisa. Após, fui fazer a busca nos respectivos prontuários para averiguar dados como datas e anotações dos profissionais referentes ao atendimento. O contato com as mulheres foi realizado pelas redes sociais, para agendar um encontro em dia e horário de melhor conveniência para elas. Alguns encontros ocorreram na casa das participantes, outros em locais públicos como praças e até na casa da pesquisadora, todos sem a presença de familiares das participantes, pois estavam em horário de trabalho.

A receptividade foi imediata e de forma solícita, pois pareceu que falar sobre o parto para elas ajudava a entender e ressignificar esse momento pelo qual passaram. Devido à pesquisadora ser enfermeira obstetra, muitas faziam perguntas ao final da entrevista, referentes ao atendimento, como termos médicos, condutas e procedimentos realizados, que elas não sabiam explicar o motivo e que eram respondidas na medida do possível. Isto contribuiu para criar um vínculo de confiança entre a pesquisadora e as mulheres.

As mulheres participantes do estudo foram identificadas pela letra M, de mulher, e um número escolhido por ordem de entrevista, (M1- M15).

No quadro abaixo são apresentados os aspectos sociodemográficos: idade; estado civil; escolaridade; ocupação; cor da pele; número de filhos e tipo de parto vivenciado e o ano do parto mencionado pelas mulheres como mais significativo em termos de assistência.

Perfil sociodemográfico das mulheres participantes do estudo

Número entrevista	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Ocupação	Cor da pele	Número de filhos	Tipo de parto	Ano do parto mencionado pela mulher no HU
M1	19 anos	união estável	2ª grau completo	dona de casa	branca	1 filho	cesárea	2011
M2	21 anos	casada	2ª grau completo	estudante	branca	2 filhos	cesárea	2011
M3	24 anos	união estável	2ª grau completo	dona de casa	branca	1 filho	cesárea	2016
M4	24 anos	casada	2ª grau completo	auxiliar administrativo	branca	2 filhos	cesárea	2015

M5	23 anos	união estável	2ª grau incompleto	Estudante	negra	1 filho	parto normal	2017
M6	33 anos	casada	2ª grau completo	técnica em administração	branca	2 filhos	cesárea e parto normal	2009
M7	23 anos	casada	1ª grau completo	dona de casa	branca	2 filhos	partos normais	2016
M8	27 anos	divorciada	2ª grau incompleto	dona de casa	negra	4 filhos	cesárea	2014
M9	24 anos	casada	2ª grau completo	auxiliar administrativo	branca	1 filho	cesárea	2014
M10	22 anos	união estável	2ª grau incompleto	Cozinheira	branca	1 filho	parto normal	2016
M11	35 anos	casada	2ª grau completo	técnica em administração	branca	2 filhos	cesárea e parto normal	2015
M12	21 anos	união estável	1ª grau completo	técnica em computação	branca	2 filhos	parto normal	2017
M13	27 anos	solteira	2ª grau incompleto	dona de casa	negra	2 filhos	cesárea	2010
M14	24 anos	união estável	2ª grau incompleto	Almoxarife	branca	2 filhos	cesárea e parto normal	2016
M15	27 anos	casada	2ª grau incompleto	dona de casa	negra	2 filhos	cesárea	2014

As mulheres estavam na faixa etária entre 19 e 35 anos. Quanto ao estado civil, sete eram casadas, seis tinham união estável, uma era divorciada e uma solteira. Quanto à escolaridade, sete tinham ensino médio completo e seis incompleto, enquanto duas o fundamental completo.

A maioria das participantes era moradora da zona urbana do município e uma residia em outro município.

Quanto ao número de filhos, o grupo em estudo tinha uma média de dois, sendo que a menor e a maior prole foi de um e de quatro, respectivamente.

Quanto à ocupação das entrevistadas, eram seis donas de casa, duas técnicas em administração, duas auxiliares administrativo, duas estudantes, um almoxarife, uma técnica de computação e uma cozinheira. Quanto a cor da pele, 11 mulheres se autodeclararam como brancas e 4 negras.

O tipo de parto de maior incidência vivenciado pelas mulheres foi a cesariana, num total de 10, e o total de normais foi cinco.

Os profissionais participantes do estudo foram identificados pela letra P (de profissionais), e um número escolhido por ordem de entrevista, (P1- P10). No quadro abaixo são apresentados os aspectos sociodemográficos: sexo; tempo de trabalho; cor da pele; profissão; escolaridade e renda.

Perfil dos profissionais participantes da pesquisa

Número entrevista	Sexo	Tempo de trabalho	Cor da pele	Profissão	Escolaridade	Renda
P1	feminino	3 anos	Branca	enfermeira	pós-graduação lato sensu	9 salários mínimos
P2	feminino	28 anos	Branca	técnica de enfermagem	2ª grau completo	5 salários mínimos
P3	feminino	25 anos	Branca	enfermeira	pós-graduação lato sensu	9 salários mínimos
P4	feminino	4 anos	Branca	médica	pós-graduação lato sensu residência	12 salários mínimos
P5	masculino	4 anos	branco	médico	pós-graduação lato sensu residência	12 salários mínimos
P6	feminino	5 anos	branca	enfermeira	pós-graduação lato sensu nefrologia	9 salários mínimos
P7	feminino	4 anos	branca	enfermeira	pós-graduação lato sensu obstetrícia	9 salários mínimos
P8	feminino	12 anos	branca	enfermeira	pós-graduação stricto sensu(mestrado)	9 salários mínimos
P9	masculino	30 anos	branco	médico	pós-graduação stricto sensu(doutorado)	18 salários mínimos
P10	masculino	25 anos	branco	médico	pós-graduação stricto sensu(doutorado)	18 salários mínimos

Quanto ao sexo dos profissionais, foram três do masculino e sete do feminino. O tempo de trabalho na instituição variou entre 3 e 30 anos.

Quanto à cor da pele, todos os profissionais têm características fenotípicas branca. A profissão dos entrevistados são 4 médicos, 5 enfermeiras e 1 técnica de enfermagem.

O nível de escolaridade variou: um com ensino médio completo, seis com pós-graduação lato sensu, sendo que cinco deles com a especialização em obstetrícia e um em nefrologia. Três profissionais com pós-graduação stricto sensu, sendo que um com mestrado e dois com doutorado. Quanto à renda, cinco dos profissionais ganham nove salários mínimos, quatro têm rendimentos em torno de 12 salários mínimos, dois ganham 18 salários mínimos e um por volta de 5 salários mínimos.

As entrevistas com os profissionais foram previamente agendadas por meio de contato pessoal, sendo os encontros marcados em data, local e horário mais adequados aos entrevistados e de modo a permitir que se sentissem à vontade para conversar.

O convite para a entrevista acontecia durante as observações do campo, sempre quando os plantões se encontravam calmos, sendo que todas as enfermeiras preferiram dar seu depoimento nestes momentos, quando estavam mais receptivas e descontraídas.

Os locais das entrevistas foram em um quarto geralmente utilizado pela equipe da noite para os intervalos de descanso da enfermagem. Com os médicos e com os profissionais que estavam em posição de gestores, as entrevistas foram previamente agendadas e realizadas na sala de cada um. Com os médicos em salas de reuniões do hospital, geralmente utilizadas para discussão de casos clínicos e *rounds* médicos com os alunos.

As entrevistas começavam sempre de uma maneira formal, explicando as questões éticas e objetivos da pesquisa. Os profissionais, em sua maioria, se mostraram dispostos a participar da pesquisa. Percebi que deixar o profissional discorrer sobre o tema, sem perguntas muito estruturadas, os deixava mais à vontade.

Foram considerados como critério de inclusão todos os profissionais de saúde que atuavam no referido serviço, tanto os de nível médio quanto os de nível superior, e de diferentes turnos de trabalho. Como critérios de exclusão, considerou-se os que estavam em licença médica, licença prêmio ou afastados durante o período de coleta e os que se negaram a participar da pesquisa.

3.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a leitura exaustiva de cada entrevista, procedeu-se aos registros das primeiras impressões e um resumo dos pontos importantes e recorrentes, das figuras de linguagens e das opiniões dos sujeitos sobre as questões levantadas na pesquisa.

Tal prática contribuiu significativamente para o processo interpretativo, pois este não foi considerado de maneira estanque e fragmentado, como se fosse posterior à fase de coleta dos dados. Ao contrário, o processo interpretativo acompanhou todo o trabalho de campo, mantendo-se um permanente diálogo com os conteúdos que emergiam em cada entrevista, e com os sentidos que se construíam em cada uma delas. Assim, a lógica do grupo de entrevistados foi sendo gradativamente apreendida no movimento parte-todo.

A forma de análise dos dados foi ancorada na abordagem das Representações Sociais dentro da perspectiva socioantropológica. Para Porto (2014), as representações sociais buscam ressaltar a contribuição substantiva de crenças, valores, expressões nativas ou ideologias locais, configurando-se como visões de mundo dos sujeitos, fundamentalmente ligadas ao contexto de onde emerge. Seu enfoque privilegia o que empiricamente existe, mais do que aquilo

que está normatizado, institucional ou legalmente, ou seja, as percepções, os sentimentos e as práticas dos agentes e suas relações. Não no sentido de fornecer modelos, receitas ou respostas, mas de contribuir para o conhecimento e a compreensão da realidade, desvendando e iluminando algumas tramas relacionadas ao fazer e ao sentir sobre o nascimento e o parto presente no imaginário de profissionais de saúde e usuárias (PORTO, 2014). Reforça-se através dessa abordagem o pressuposto de que ação social e representação social são sinônimos ou equivalentes, fenômenos solidários: as visões de mundo e as subjetividades interferem e são afetadas direta ou indiretamente pelas estruturas sociais mais amplas, ou seja, nos espaços sociais nos quais o social se produz ou se reproduz como espaço de interações sociais.

Convergindo nesta perspectiva encontram-se as colocações de Jodelet (1989, p.31) sobre as representações sociais: *Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para construção de uma realidade com um conjunto social*. Contribuindo nessa linha, Minayo (2013) define as representações sociais como produto de determinações históricas. Elas situam o indivíduo no mundo, definindo sua identidade social. A partir disso, é possível dizer que há certa homogeneidade das representações de um grupo social, o que não significa igualdade, já que os indivíduos apenas compartilham de um universo simbólico e de uma estrutura de linguagem (MINAYO, 2013).

Essa forma de análise ancorada nas representações sociais está estruturada em blocos de sentido, ou articulados e sintonizados ou em oposição e competição com outros, compondo uma teia ou rede de significações que possibilita o avanço no conhecimento da realidade analisada, funcionando assim como uma espécie de radar que orienta as práticas cotidianas em seus variados modos de pensar e agir.

A utilização da abordagem das representações sociais para a análise do fenômeno do parto e do nascimento deve-se ao fato de vê-lo na perspectiva do sujeito que o vivencia, neste caso as mulheres e os profissionais que as atendem no processo da parturição, sob a forma de assistência prestada. Desta maneira, a análise das falas dos sujeitos foi operacionalizada com vistas a seguir um caminho que favorecesse o entendimento das lógicas e da racionalidade subjacentes às práticas do parto e do nascimento no ambiente hospitalar. Considera-se que o discurso do grupo está relacionado às falas e vivências de cada sujeito em sua relação com os demais, mas também com o contexto imediato da organização na qual estas falas foram produzidas.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para a realização de todas as atividades da pesquisa, atentou-se aos critérios éticos, respeitando as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi encaminhado para autorização e análise no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da ENSP/Fiocruz, e foi aprovado com nº CAEE 57867616.9.0000.5240 e nº do parecer 1.746.283 (ANEXO A). Após, foi encaminhado para autorização ao Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria (ANEXO B), e obteve a autorização da instituição e do CEP.

Os sujeitos foram esclarecidos quanto à pesquisa, aos objetivos e à produção de dados. Para tanto, antes da realização da entrevista, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conjuntamente com os sujeitos, a fim de favorecer a autonomia para participarem da pesquisa. A participação consistiu em responder perguntas de um roteiro à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista foi de aproximadamente uma hora e somente foi gravada após a autorização do entrevistado(a). Ficou esclarecido que as informações gravadas seriam transcritas e armazenadas em arquivos digitais, e que somente a pesquisadora e suas orientadoras teriam acesso às mesmas, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência do parto hospitalar, para muitas mulheres, tem sido um momento marcadamente de medicalização, uma vez que a gestação vem sendo tratada, sob a ótica do modelo biomédico, como doença. Esse modelo, também denominado tecnocrático pela antropóloga Robbie Davis-Floyd, é marcado por intervenções desnecessárias e prejudiciais que resultam em altas taxas de cesarianas, sendo assim patologicizado, com necessidade de tratamento (FLOYD, 2001).

Outras questões inerentes aos processos naturais femininos, tais como a menstruação, o parto, o puerpério e a menopausa, também passaram a ser enquadradas nessa visão de doença ao longo do tempo. Ehrenreich e English (1973), já na década de 1970, apontavam para o poder da medicina para transformar eventos fisiológicos em doenças. As autoras acima, uma escritora e a outra professora de jornalismo, no livro *Complaints and Disorders The Sexual Politics of Sickness*, fazem uma crítica ao sistema médico pelo uso da medicalização excessiva no corpo feminino. Ainda que existam algumas mulheres que necessitem de tratamento médico durante a gestação, é importante refletir sobre o fato de transformar condições fisiológicas em patológicas para todas. Por exemplo, submeter todas as mulheres a episiotomia e ocitocina de rotina, bem como os bebês a procedimentos dolorosos como aspiração das vias aéreas, aspiração gástrica e sondagem anal, simplesmente porque está institucionalizado, coloca em evidência a permanência do modelo tecnocrático de atenção ao parto. O olhar sob a perspectiva socioantropológica sobre estas práticas pode revelar rituais da obstetrícia, com o objetivo de padronizar a forma como todas as mulheres são tratadas (FLOYD, JOHN, 2004). Segundo a perspectiva de gênero, existe uma tendência de tornar o corpo feminino dependente e ter poder e controle sobre ele, como um dos depoentes relatou: *A área médica tem que parar de achar que o paciente é de posse deles (P7, enfermeira)*.

Conforme Floyd (2001), a abordagem da gestação baseada exclusivamente sob esta perspectiva médico-científica tende a reduzir e a suprimir a revelação dos diferentes ângulos e facetas do universo cultural e social da parturiente, em detrimento de um compartilhamento de saberes que pode inibir posturas etnocêntricas. Um gestor do hospital universitário, entrevistado na presente pesquisa, destaca essa ideia do risco e da medicalização deste processo:

Toda essa área do parto tem uma certa complexidade, porque, primeiro lugar, assim, muitas vezes as pessoas veem o parto, e não deixa de ser,

também, como um momento festivo, só que neste momento festivo, é o momento de maior risco que nós passamos na vida, e onde a gente tem a maior probabilidade de morrer é quando se nasce. Então, também o parto é um marco médico e hospitalar (P10, médico).

Esse tipo de percepção reitera a noção do parto como doença, o que pode ser normatizado na concepção dos usuários à ideia de que a gestação, o parto e o período perinatal sejam também um período patológico e, talvez por isso, que haja a necessidade de tratamento/correção. O Conselho Federal de Medicina (CFM) corrobora com essa ideia e publicou uma nota²⁵ em agosto de 2012, alegando que partos fora do ambiente hospitalar não são reconhecidos por este conselho, devido aos riscos de mortalidade e de morbidade (CFM, 2012).

Os resultados do presente estudo revelaram que o hospital pesquisado ainda pauta suas práticas de ensino fundamentalmente em conceitos biomédicos. Desse modo, discutir essas práticas à luz dos referenciais socioantropológicos pode levar-me a ver como essas condutas no processo de parturição estão arraigadas nas representações dos profissionais dessa instituição e como as mulheres que dão à luz ainda são silenciadas em seus desejos e autonomia sobre seus próprios corpos. Entendo que não se trata de abolir conceitos biomédicos essenciais para a proteção de mães e bebês em uma situação de risco grave, mas também compreendo a necessidade de avançarmos nos aspectos de humanização, acima de qualquer risco, para que o período de gestação e nascimento se traduza em um ato de cuidado com a vida de modo geral.

A declaração da Organização Mundial da Saúde no HRP (Human Reproduction Program-Programa de Reprodução Humana), no que se refere ao eixo 4 do documento Prevenção e Eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde, produz dados relativos a práticas respeitadas e desrespeitadas na assistência à saúde com sistemas de responsabilização e apoio significativo aos profissionais. Os sistemas de saúde devem ser responsáveis pela maneira com que as mulheres são tratadas durante o parto, garantindo o desenvolvimento e a implementação de políticas claras sobre direitos e normas éticas (WHO, 2014).

Evidências científicas reunidas em pesquisas mostram que qualquer procedimento doloroso pode ser minimizado seja através de métodos farmacológicos ou não, por isso, é importante que cada instituição hospitalar desenvolva estratégias com base nessas evidências,

²⁵ http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3

de modo a tentar reduzir eventos estressantes e/ou dolorosos aos usuários de seus serviços (MOTTA, 2015).

O nascimento medicalizado no hospital atualmente se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para o binômio mãe-bebê. De fato, os avanços da obstetrícia contribuíram para a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo, de maneira consistente – de cerca de 13 milhões, em 1990, para 9,2 milhões, em 2007 (UNICEF, 2008). Mas ainda persistem intervenções desnecessárias, sem critérios e taxas de mortalidade materna elevadas no panorama nacional e internacional. A OMS estimou que em 2013 aproximadamente 289.000 mulheres no mundo perderam a vida durante a gravidez, parto e puerpério, com uma taxa de mortalidade global de 210 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos (WHO, 2014). Foram modestos os ganhos através do mundo em direção à primeira meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (5º ODM), que visou reduzir em 75%, até 2015, a taxa de mortalidade materna registrada em 1990. Praticamente não existiram progressos em relação à redução das taxas de mortalidade materna. A maioria de mortes maternas – mais de 99%, segundo as estimativas do grupo interagências da ONU – ocorreu em países em desenvolvimento, no qual se encontra o Brasil (UNICEF, 2009).

No caso do Brasil, a meta traçada pela ONU para 2030 é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, considerando a razão oficial no país para o ano de 2010 (BRASIL, 2012; WHO, 2015). A meta global para 2030 é bastante arrojada e em grande parte aspiracional, mas pode ser atingida desde que seja implementada uma agenda de trabalho abrangente e que vá além do combate à mortalidade em si (SOUZA, 2015). Uma das principais barreiras para o não cumprimento dessa meta é o fato de que as mulheres e os recém-nascidos ainda se encontram expostos a altas taxas de intervenções com potencial de provocar danos e iatrogenias (BRASIL, 2017).

Além das intervenções desnecessárias que vão ser abordadas ao longo deste trabalho, o hospital deste estudo apresenta-se como um local físico que coloca em risco a vida de mãe e bebês. Desde o momento que passei a observar a porta de entrada principal para mães em trabalho de parto e crianças, observei que esse corredor de passagem que se encontra no subsolo do HU e que passa pelo serviço de Pronto Atendimento (PA), é um local insalubre pela proximidade com pacientes em macas com diversas patologias.

Esse cenário coloca gestantes e bebês expostos a riscos desnecessários. Um pai²⁶ que teve seu bebê transferido de outro hospital para o HU, para ser internado na UTI neonatal, relata este momento como de angústia por ter que passar com a criança recém-nascida por este corredor desolador:

Quando chegamos no HUSM a ambulância parou no Pronto Atendimento que fica no subsolo, e uma enfermeira levava o berço, o pediatra bombeava e a outra enfermeira carregava o tubo e eu ia atrás deles, passamos por todas as pacientes que estavam internadas no corredor do P.A. até chegar no elevador, com o risco de contaminação alto devido à fragilidade do meu filho naquele estado e momento. Para mim aquilo era uma cena de horror, pois eu já estava chocado com tudo o que tinha acontecido e estava acontecendo com o meu filho e ainda por cima ver todas aquelas pessoas em estado debilitado, foi bem chocante (nota do diário de campo).

A ideia sobre a instituição hospitalar como um local ruim, de exclusão e “morredouro” vem desde o século XVIII, pois o hospital na Idade Média era essencialmente um lugar de assistência aos pobres. Como narra Foucault (1992, p.101): *O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio é perigoso.*

As atividades do hospital neste período não estavam ainda centradas na prática médica, uma vez que não existia uma base científica que a justificasse. Buscava-se conseguir a salvação dos pecados, tanto que os cuidados ficavam a cargo de religiosos e/ou leigos (CATÃO, 2011).

Com o passar dos anos o hospital foi se tornando o templo do poder médico. O cenário hospitalar passou a ser um local asséptico, conveniente e prático para os profissionais que se utilizam da justificativa da segurança para a redução da mortalidade materna e neonatal. Contudo a disposição física e a organização de muitos hospitais nem sempre correspondem às idéias de assepsia e segurança esperadas para esse tipo de instituição do mundo moderno.

A leitura e a análise dos depoimentos dos profissionais de saúde e das mulheres entrevistadas, os relatos coletados durante a observação de campo, os registros da etnografia durante o trabalho de campo deste estudo, permitiram eleger três categorias centrais que serão discutidos a seguir, e em cada uma delas subcategorias.

4.1. AS VELHAS E AS NOVAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO NAS PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

4.1.1 Práticas iatrogênicas que se perpetuam sem respaldo científico

4.1.2 Ausência de protocolos definidos e o risco à segurança do paciente

4.1.3 Empirismo no processo de ensino/aprendizagem

²⁶ Este depoimento faz parte do relato de parto de sua companheira, que ocorreu em outro hospital do município, mas que não possui UTI neonatal.

4.1.4 A comunicação conflituosa entre as equipes

4.2. Os saberes, a legitimidade e a autonomia da categoria enfermagem obstétrica

4.2.1 Relações desiguais de poder

4.2.2 Reconhecimento profissional das enfermeiras obstétricas para os partos de risco habitual: a regionalização na contramão do cuidado

4.2.3 O movimento de mudança de paradigma tecnocrático para o humanista

4.2.4 Fragilidade na integração entre ensino e serviço

4.3. A violência obstétrica na visão de profissionais e usuárias: sofrimento e emoção do nascer

4.3.1 Violência obstétrica como conceito a ser discutido no campo ensino-serviço

4.3.2 A força dos movimentos sociais para trazer a luz às discussões no campo

4.3.3 Percepções das mulheres sobre violência obstétrica

4.3.4 Não valorização das queixas da parturiente

4.3.5 Tipificações da violência obstétrica nas representações das usuárias

4.3.6 Humanização versus violência obstétrica

4.3.7 A segurança hospitalar questionada

Esses resultados serão apresentados e discutidos em uma perspectiva de triangulação, estabelecendo um diálogo com o referencial teórico e buscando evidenciar as práticas institucionalizadas e os conflitos da assistência à mulher na gestação, no parto e no puerpério em um hospital de ensino.

4.1 As velhas e novas práticas de atenção ao parto nas percepções dos profissionais de saúde

A seguir as categorias elencadas a partir das falas dos profissionais entrevistados no hospital universitário exprimem um contexto de práticas de naturalização de comportamentos adquiridos ao longo do tempo que não possuem respaldo científico nas suas condutas.

4.1.1 Práticas iatrogênicas que se perpetuam sem respaldo científico

As iatrogenias são decorrentes muitas vezes da adoção de práticas na atenção a partos e nascimentos que causam danos. Neste sentido, no campo da atenção perinatal, foi criada a Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS, que em parceria com a Colaboração Cochrane²⁷ elencou as práticas adotadas na atenção a partos e nascimentos, concluindo que muitas dessas, embora utilizadas há anos, eram inefetivas (ENKIN et al., 2000).

É necessário, portanto, conhecer como alguns consensos e protocolos vigoram nos estabelecimentos de saúde e passam a ser naturalizados. Isso é importante, pois as morbimortalidades materna e neonatal estão fortemente associadas ao uso de práticas obsoletas e que não estão respaldadas em evidências científicas.

É uma iatrogenia a gestante chegar com batimento cardíaco do bebê e ele morrer aqui dentro como já aconteceu várias vezes. Para mim é inadmissível, por conta de problemas técnicos de quem avalia, por falta de conhecimento e perspicácia de perceber os sinais, por exemplo de um descolamento de placenta, que é uma urgência obstétrica e que não se dá a devida assistência. Já presenciei um caso que um RI da pediatria não sabia entubar o bebê, daí depois falam que isso não acontece em um hospital de alto risco (P8, enfermeira).

A redução da morbimortalidade neonatal (que ocorre nas quatro primeiras semanas de vida) está diretamente relacionada à forma como são ofertados os recursos de equipamentos e insumos dos serviços de atenção ao parto e nascimento, além de capacitação de recursos humanos.

Uma história relatada por profissionais do hospital sobre um bebê que chegou ao centro obstétrico com vida, ainda dentro do ventre da mãe e que acabou sendo retirado supostamente morto, após uma cesárea que teve uma demora considerável, causou grande comoção entre as equipes que acompanharam o caso. Este fato, que ocorreu em fevereiro de 2017, exemplifica a ineficiência da assistência ao parto e do cuidado às mães e bebês no HU. Ouvei recorrentemente o relato desse caso durante o período do meu trabalho de campo e me comovi bastante com este triste evento. Neste caso, segundo relatos, o residente da pediatria fez manobras de reanimação e após as tentativas fracassadas constatou o óbito da criança. O bebê permaneceu no expurgo²⁸ em um berço enrolado toda a tarde, aguardando ser transportado para o setor de patologia do hospital, desde o momento da declaração do óbito. Uma enfermeira que chegou no plantão à noite foi até o berço onde se encontrava o bebê e

²⁷ A Colaboração Cochrane é uma organização internacional que tem por objetivo ajudar as pessoas a tomar decisões baseadas em informações de boa qualidade na área da saúde. É uma organização sem fins lucrativos e sem fontes de financiamento internacionais, com sede em Oxford, Reino Unido.

²⁸ Todo o material “sujo” é recebido por este setor e limpo antes da esterilização

verificou que a criança tinha sinais de vida e começou a falar alto dizendo que a criança estava viva. A neonatologia foi chamada para avaliar e foram constatados sinais de vida. Desde o momento da constatação do óbito até o encaminhamento à UTI se passaram 6 horas sem assistência. Durante o tempo que ficou no berço, mesmo tendo sido constatado o óbito, alguns profissionais verificaram que a criança tinha *gasping*²⁹, isto é, apresentava iminência de parada respiratória, mas compatíveis com sinais vitais. Foi comunicado aos pais que se quisessem ver o bebê após a constatação do óbito, que não se assustassem, pois a criança tinha reflexos de medição que parecia estar vivo, devido às várias medicações utilizadas na reanimação. Cogitou-se pela equipe um diagnóstico de catalepsia, quando os membros se tornam rígidos, mas não há contrações, embora os músculos se apresentem mais ou menos rijos. A literatura não reporta casos sobre este tipo de situação em bebês recém-nascidos. O desfecho deste episódio foi o encaminhamento do bebê para a UTI neonatal, cuja equipe restabeleceu os sinais vitais com assistência intensiva.

Uma forma de inibir esta e outras situações iatrogênicas seria realizar capacitações sistemáticas e com a presença de todos os profissionais que lidam diretamente com a assistência ao parto. Isso seria uma maneira de sensibilizar toda a equipe, discutir as práticas que podem evitar erros como o do caso acima do bebê que estava vivo e foi declarado morto. No HU, as capacitações ocorrem mensalmente através de cursos de linha de cuidado materno infantil e os temas são escolhidos pela gerência do serviço e funcionários que dão suas sugestões. As apresentações são de cunho expositivo e geralmente a participação fica restrita aos profissionais da enfermagem. Durante os três meses de coleta de dados observei a pouca presença de médicos nas capacitações. A maior parte das temáticas giraram em torno de ações que buscam melhorar os indicadores obstétricos para a implementação das políticas públicas. Um exemplo está no número de cesáreas que o hospital vem tentando reduzir a cada ano. Em 2016 foram realizadas 1.286 (61%) cesarianas contra 839 (39%) partos normais e em 2017, 1.236 (53%) cesarianas contra 1.082 (47%) partos normais (HUSM, 2016, 2017). Durante a observação etnográfica no centro obstétrico, percebi que a grande maioria das cesáreas são ocasionadas pelo fato da gestante já ter mais de duas prévias, e pela falha de indução do parto após o uso de misoprostol, medicação que promove a dilatação cervical, culminando no parto vaginal.

²⁹A Respiração Agônica, também chamada de “Gaspig”, Respiração Ofegante, Respiração Cheyne-Stokes e Estertor, como os nomes indicam, são quando uma última medida que o corpo adota para se salvar, apresentando movimentos respiratórios assíncronos não efetivos, caracterizado por altas amplitudes de curta duração com períodos de apneias subsequentes, indicando mau prognóstico. Pode ocorrer em pacientes com lesão isquêmica de tronco cerebral, e também é uma das Emergências Pediátricas e Neo-natais mais comuns.

A redução das cesáreas é um problema que o hospital vem enfrentando para conseguir alcançar os indicadores propostos pela política da Rede Cegonha. A taxa de cesariana tem sido utilizada como indicador de avaliação do modelo de atenção ao parto e, segundo padrão normativo da OMS, não deve ultrapassar 15% (OMS, 1996).

Temos uma estatística aqui que mais de 50% dos partos que induzem acabam virando cesariana [...] então às vezes a paciente tem uma espera de 24h de indução e a outra que esperou 3h já desistiu e aí fica pressionando e vai para cesariana [...] é a mudança de conduta que talvez nem seja uma conduta baseada em evidências em função de pressão por parte dos pacientes (P5, médico).

As diretrizes clínicas baseadas em evidências fornecem uma ferramenta adequada de consulta para os profissionais na sua atividade diária, já que, se corretamente desenvolvidas, com avaliação sistemática e sintetização da informação científica disponível, são potentes aliadas na tomada de decisões (BRASIL, 2017).

No HU é comum algumas pacientes pressionarem para que seu parto seja feito por cesariana. Entre os leitos há uma cortina de pano que separa uma parturiente da outra, e é corriqueiro todas as mulheres que estão internadas ouvirem os gritos e gemidos de outra mulher em fase ativa do trabalho de parto, inclusive implorando por uma cesárea. Esse fato mobiliza emocionalmente as demais parturientes que estão à espera da hora do nascimento de seus bebês, levando-as a uma maior expectativa por cesáreas em detrimento do parto natural. A falta de entendimento do que seja “normal” para as parturientes é um fator que desencadeia um estresse incomensurável de sentimentos, conforme depoimento a seguir:

A gente tem dor, está sofrendo, e eles dizem que é normal. Ontem assisti todo o sofrimento da mulher internada na minha frente, a cortina ficou aberta e eu enxerguei o bebê nascer na minha frente [...] quando chegou a minha vez mandaram eu calar a boca, porque eu ia assustar as outras mães (M12).

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde, os espaços físicos das maternidades deveriam favorecer a privacidade da parturiente e de seu acompanhante, criar condições que permitam a deambulação e a movimentação ativa da mulher, proporcionando acesso a métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio à dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto; garantir à mulher condições de escolha das diversas posições no trabalho de parto; incorporação de propostas relacionadas para a adequação da ambiência às especificidades da atenção ao parto e nascimento humanizados, possibilitando que os

períodos clínicos do parto sejam assistidos no mesmo local, conhecido como ambiente pré-parto, parto e puerpério (PPP) (BRASIL, 2013).

Segundo diretrizes do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016) é direito da gestante receber uma assistência clínica baseada em evidências e que atenda às expectativas e necessidades das mulheres, assim como receber todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e a cesariana, seus respectivos benefícios e riscos.

Os hospitais, em especial os universitários, representam o cenário onde se moldam as técnicas de poder e vigilância baseadas no controle e assujeitamento dos corpos. Essa tecnologia tem implicações importantes na concepção de poder e controle, a um corpo de saberes normatizados que vão dizer quem é esse sujeito, e qual lugar ocupa em torno desta norma social tecnológica (FOUCAULT, 2009).

Para Campos (2011), o uso indiscriminado da racionalidade tecnológica facilita o surgimento de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e a prática abusiva da cesariana, contribuindo para o aumento dos riscos maternos e perinatais (BRASIL, 2001).

A proposta da OMS (1996) é a incorporação das boas práticas de atenção ao parto e a redução das intervenções desnecessárias. Essas medidas são reforçadas pelo Ministério da Saúde por meio da política pública denominada Rede Cegonha, uma vez que se entende que o modelo de atenção ao parto e ao nascimento hospitalar estaria abusando de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, a curto, médio e longo prazos (BRASIL, 2011).

O conjunto de medidas tidas então como humanizadoras busca reduzir a racionalidade tecnológica, desestimular o parto medicalizado, visto como tecnologizado, artificial e violento, e incentivar as práticas e as intervenções biomecânicas no trabalho de parto, consideradas como mais adequadas à sua fisiologia e, portanto, menos agressivas e mais naturais (BRASIL, 2011).

Entretanto, ainda predominam no hospital de ensino investigado concepções que sustentam uma visão patológica da fisiologia do parto:

O problema é que eles estão levando as pacientes muito cedo para sala de parto, porque eles têm medo que vá nascer no leito. Esses dias levaram uma às 18h e foi nascer às 19h. Não sabem nem avaliar o tempo e anatomia do períneo de saber se está corando. Depois ficam lá cansando a mulher, pedindo para fazer força sem necessidade (P2 técnica de enfermagem).

Há preceptores que ensinam a fazer episiotomia em todas as mulheres, então depende muito do profissional que está ensinando (P4 médica).

A episiotomia por ex. não deveria ser rotineira [...] E quem dá a iniciativa para o R1 fazer a episiotomia é o R2 ou R3 ou preceptor quando está presente, de onde eles tiram esta informação [...] (P6, enfermeira).

A posição de litotomia é usada em 99% dos partos [...] A episiotomia em primigesta é unânime [...] esse é um problema crônico porque muitos anos foi assim e a academia forma eles assim [...] e a gente vê os médicos dizendo não é assim tu que tem que comandar e dirigir os puxos, e eu penso como assim como é que tu comanda um puxo, se ele é involuntário onde está escrito isso (P7 enfermeira).

Observei o uso de todas estas práticas mencionadas pelos profissionais durante a pesquisa. Um caso de uma parturiente me chamou atenção no qual vou relatar a seguir: Daniele³⁰, 20 anos, chegou no CO às 22h, proveniente de outro município, estava em trabalho de parto pela avaliação da R1 e se encontrava com 7 cm de dilatação. Era sua primeira gestação, veio acompanhada da mãe, que contou que teve três filhos de partos normais. A parturiente estava comunicativa, contando das expectativas em relação ao parto, disse ter se informado em uma página da internet onde outras mães contavam suas histórias e trocavam experiências de parto. A enfermeira se apresentou à gestante dizendo ser enfermeira obstetra e foi orientando-a sobre o trabalho de parto, a liberdade de posições, a utilizar o banho de aspersão para relaxamento quando estivesse com as contrações mais fortes. Foi estimulada a deambular e informada sobre os benefícios da bola suíça, o que prontamente a gestante respondeu afirmativamente, então novamente a enfermeira explicou os benefícios da bola suíça para quando o trabalho de parto começasse a ficar ativo. Tudo corria bem, a parturiente apresentava sinais de contrações frequentes e disse que queria caminhar no corredor do CO e depois iria para o banho para relaxamento. A técnica de enfermagem chegou dizendo que o médico havia prescrito ocitocina (hormônio usado para estimular as contrações), mas que ela poderia ir para o banho primeiro, e a enfermeira que estava presente confirmou. A enfermeira e técnica disseram em uníssono para a mulher, que no momento que a medicação começasse a fazer efeito ela iria sentir mais dor, as contrações ficariam dolorosas, ficando impossibilitada de caminhar. E como conhecedoras das brechas da disciplina hospitalar para empreender clandestinidades que livravam as mulheres de sofrimentos desnecessários, resolveram que iriam postergar ao máximo o uso da ocitocina e disseram *vamos enrolar o máximo que puder*. A parturiente não foi comunicada pelo médico sobre o uso da medicação, pois quando a técnica veio falar, ela perguntou o que era e para que servia. Logo após observei a enfermeira comunicando ao residente que a ocitocina não iria ser instalada naquele momento porque a

³⁰ Nome fictício.

paciente iria para o chuveiro, e corria-se o risco dela perder o acesso venoso rapidamente por conta do deslocamento e da água. Enfim, uma justificativa que teve anuência da R2 que estava no plantão, mas isso não durou por muito tempo. Logo foi instalado um monitor no abdômen da mulher pela estudante de medicina para realizar o acompanhamento dos batimentos cardíacos do bebê que estavam dentro da normalidade, em 130 por minuto. Concomitantemente a R1 pedia para a parturiente fazer força de “cocô” e realizava o toque vaginal. A partir daí Daniela somente levantou-se quando foi para sala de parto, quando foi orientada a ir caminhando. Chegando lá a posicionaram deitada de barriga para cima e era conduzida a fazer força sempre quando vinha a contração. A cabeça do bebê vinha descendo lentamente, porém notei que as R1 e R2 estavam impacientes. Uma delas disse *veio cedo demais para sala, mas melhor assim que nascer no leito*, e perguntou à técnica de enfermagem: “porque ela não estava com a solução de ocitocina que já havia sido prescrita?”. Neste momento então foi instalada a medicação. Os batimentos do bebê continuavam normais, então a R2 pediu para uma das estudantes de medicina que estava vendo o batimento do bebê, empurrar a barriga da mulher (*manobra de Kristeller, manobra proibida, por ser perigosa para mãe e bebê, que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê*).

A estudante não sabia como fazer, a residente ficou visivelmente irritada, e mandou a mulher fazer mais força. Dizia para ela levantar a cabeça para colocar o queixo no peito e prender a respiração, enquanto empurrava. A parturiente disse que estava doendo mais depois que foi colocado a ocitocina e que não conseguia respirar. *Fica quieta, estou te ajudando* gritou a R2, com a parturiente. Enquanto isso chegou o preceptor irritado e mandou a R1 fazer episiotomia (*corte entre a vagina e o períneo da mulher*).

A aluna auscultou novamente o bebê: os batimentos cardíacos estavam ótimos, 136 por minuto. A partir daí observei que a situação começava a ficar mais tensa na sala, pois já passava de 50 minutos que a mulher havia sido trazida. Então o preceptor pediu para a enfermeira trazer o fórceps³¹. Quando ele colocou as pás dentro da vagina, a parturiente berrou de dor, e o corte, já enorme e feito sem perguntar para a paciente, aumentou ainda mais, como um rasgo, a episiotomia quase emendou o ânus com a vagina da mulher.

O preceptor solicitou o fórceps para a técnica de enfermagem, colocando então as duas colheres na cabeça do bebê. Segundo ele, que havia acabado de chegar na sala de parto, o bebê estava demorando. O residente da pediatria que estava junto ao berço aquecido,

³¹ Instrumento cirúrgico de dois ramos articulados, para apreensão, compressão ou tração, com a finalidade de extração de fetos do útero; fórcepe, tenaz, pinça.

segurando o pano que iria secar o recém-nascido, fazia pressão na parturiente também dizendo *vamos mãezinha, ajuda teu filho a nascer*.

As evidências científicas, segundo a OMS (1996) e as políticas nacionais (BRASIL, 2013) mostram que os procedimentos adotados no caso acima, em sua maior parte, foram desnecessários e configuram uma série de intervenções que vão sendo desencadeadas a partir do primeiro erro: conduzir antecipadamente a parturiente para sala de parto. Isso gerou um estresse para toda equipe que praticamente ficou “cega” e “surda” à normalidade dos batimentos cardíacos da criança.

O desuso das práticas da OMS que devem ser eliminadas como episiotomia de rotina, dirigir os puxos, utilização da ocitocina de rotina, fazer força são perpetuadas pelos residentes [...] Eu já vi preceptor que faz episiotomia e manda fazer força e sozinho atendendo um parto não faz nada disso, e daí eu perguntei para ele porque não ensina isso para os seus residentes e ele falou “porque eles têm que fazer uma episiotomia” (P3, enfermeira).

Outra fala curiosa é a de uma enfermeira que diz que a enfermagem deve ensinar a mulher os puxos dirigidos, indo claramente em discordância com as boas práticas de atenção ao parto e nascimento no parto normal descritas pela Organização Mundial da Saúde (1996).

As orientações para puxos dizendo “faz força de cocô” direcionadas à parturiente no período expulsivo são feitas pela enfermagem eu acho que é importante pois tem que ensinar a mulher como se comportar na hora do trabalho de parto, a respiração, como saber colocar aquela força (P6, enfermeira).

Essa atitude vem em consonância com a fala a seguir:

As orientações de puxos não deveriam ser feitas, pois vai nascer de qualquer jeito, eu ganhei meus filhos e ninguém me mandou fazer força porque a gente sente vontade involuntária. Aquelas palavras idiotas “agora não faz força” é de quem não entende a fisiologia do parto, os puxos são involuntários [...] Eles mandam fazer força e usam a ocitocina para acelerar o trabalho de parto pela necessidade em fazer o bebê nascer [...] Eu nunca tive coragem de perguntar porque aumentaram a ocitocina por ex. e quem sou eu para perguntar para um médico, mas me questiono como é que eles fazem isso se tem artigos que mostram que a ocitocina é prejudicial ao bebê, internam com 1 cm de dilatação e a mulher fica deitada o tempo todo, tem cesáreas demais por manejar e ter condutas erradas durante o trabalho parto, eu acho um crime, de onde tiram todas estas condutas? (P2, técnica de enfermagem).

Os HUs devem apresentar planos de adequação aos índices de episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (BRASIL, 2013). Com vistas a dirimir o alto índice de intervenções desnecessárias nos hospitais de ensino e/ou que atuam

como unidade auxiliar de ensino, no âmbito da Rede Cegonha, foi criado o projeto Apice On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia). Este projeto é de iniciativa do Ministério da Saúde com várias instituições parceiras dentre elas o Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz (BRASIL, 2017).

A pesquisa *Nascer no Brasil*, desenvolvida pela Fiocruz, realizada em 2011 e publicada em 2014 (LEAL, et al. 2014), feita em hospitais universitários do Brasil que atendem a mulheres de não risco obstétrico habitual, mostrou que durante o trabalho de parto o uso de cateter venoso periférico foi utilizado em 76,7% dessas parturientes e 75,5% foram impedidas de se alimentar.

Estas práticas se enquadram na Categoria B da OMS (1996), entendida como claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.

4.1.2 Ausência de protocolos definidos e o risco à segurança do paciente

A primeira pessoa que recebe a gestante no centro obstétrico é a secretária do serviço. A gestante então é encaminhada em seguida à enfermeira responsável para realizar o Acolhimento com Classificação de Risco³² (ACCR), quando é feita uma avaliação do grau de risco no qual a mulher se encontra.

Em uma etapa do meu trabalho de campo observei que uma gestante recebeu a classificação verde, neste caso, segundo o protocolo do Ministério da Saúde, não é prioridade o atendimento (BRASIL, 2004c). Assim, a gestante foi orientada a permanecer e aguardar o atendimento sentada no banco da sala de espera. Notei que ela agia de forma estóica, pelas expressões de dor. Apresentava nas feições traços de desconforto que eram sinalizados com movimentos corporais mais exagerados, apertando a boca como se estivesse tentando se segurar. Quando ela não pode mais se conter deu um grito dizendo *vai nascer* e, imediatamente, foi levada ao box de consulta, e quase não deu tempo de chegar à maca, tendo seu bebê quase ali no corredor.

O relato do caso acima sinaliza que, para além das políticas públicas serem instituídas, há a necessidade de qualificar as práticas permanentemente. Percebi uma fragilidade na dimensão do trabalho em equipe, o que pode colocar em risco a segurança do paciente. As falas dos profissionais também demonstram esse sentimento. Mesmo com os protocolos sendo

³² Acolhimento com classificação de risco. A classificação de risco ocorre nos seguintes níveis: Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato. Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento o mais rápido possível. Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente. Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade – atendimento de acordo com o horário de chegada.

seguidos, como o ACCR, muito dos relatos dos profissionais em relação às práticas obstétricas enfatizam as falhas:

Eu acho que depende muito do profissional que está de plantão, não há protocolos, os preceptores que perpetuam o modelo tradicional da década de 1920 (P3, enfermeira).

Não há protocolos, porque cada um tem uma conduta, não seguem nenhum manual. Se há não estão utilizando (P4, médica).

Muitas poucas políticas e protocolos implementados aqui no hospital. Depende de quem está de plantão, do residente, da enfermagem inclusive, porque não se pode dizer que a enfermagem faz tudo maravilhoso nossa parte, também falha (P7, enfermeira).

A ausência de seguimento de protocolos na obstetrícia é um grave problema de saúde pública que pode gerar mortes e erros crassos. Transmutar a forma como as práticas cotidianas se dão em conhecimento, seguindo os protocolos baseados em evidências científicas e com a implementação de políticas públicas de saúde, é um desafio a ser alcançado que precisa de um serviço organizado e com profissionais capacitados (UCHOA, CAMARGO, 2010).

Durante o período de observação em campo verifiquei a diversidade e as mudanças de condutas que eram realizados principalmente pelos profissionais da medicina, categoria que detém a responsabilidade pelo seu desfecho final. Isso trazia um sentimento de muita insegurança para as mulheres. Presenciei várias vezes a discordância de conduta entre profissionais da equipe, até mesmo no mesmo turno de trabalho. Um era a favor de se manter a conduta para parto vaginal e o outro queria encaminhar a mulher para cesárea. A parturiente sem entender muito bem o que acontecia, era orientada em alguns momentos a deixar de se alimentar, pois há a necessidade do tempo de jejum para realizar o cesárea, para logo depois ser orientada a voltar a comer. Uma delas chegou e disse: *Isso é uma palhaçada, chega um aqui e me diz para parar de comer, daqui a pouco diz pode comer. A gente enlouquece aqui dentro (relato do diário de campo, 09/04/2017).*

O cansaço e o desgaste da mulher afeta o trabalho de todos os profissionais da equipe, pois as técnicas de enfermagem e as enfermeiras, que estão mais presentes junto à paciente, eram indagadas a todo tempo por ela qual seria a conduta a ser tomada pelo médico, exercendo quase que uma função mediadora. No entanto, a enfermagem não sabia também, pois todas as condutas eram realizadas pelo preceptor de plantão, que goza de total autonomia para a tomada de decisões, concedendo a ele próprio toda a responsabilidade pelo atendimento. Não há *rounds* entre equipe multiprofissional, as passagens de plantão são feitas

por núcleo profissional que se restringe neste caso à enfermagem e à medicina. A maioria das práticas segue condutas que não estão nos *guidelines*³³, considerados padrão ouro nas evidências científicas.

Antes até acabava se padronizando um pouco, mas agora com a entrada deste monte de pessoas pela EBSEGRH ficou pior, é uma diversidade de condutas e critérios sem fundamentação. Um indica cesárea, outro indica parto normal para a mesma paciente e isso está cada vez mais forte aqui dentro (P8, enfermeira).

Estudo de cunho etnográfico em uma Unidade de Terapia Intensiva mostrou que há uma tendência pela categoria médica ao uso dos protocolos de forma intuitiva e pragmática, a partir de evidências clínicas e não científicas. Os pesquisadores observaram que faltava uma homogeneização das práticas (UCHOA, CAMARGO, 2010).

Essa afirmativa também foi relatada por profissionais conforme os depoimentos:

Não há homogeneidade nas práticas, as condutas são feitas de acordo com cada preceptor, não há protocolos (P6, enfermeira).

[...] mas realmente a gente tem condutas muito heterogêneas [...] então talvez isso atrapalhe bastante, aliado à falta de protocolos claros e rotinas no serviço, isso também acaba atrapalhando [...] (P5, médico).

A atitude dos médicos deixava transparecer ambivalência ou polivalência. É plausível afirmar uma dupla racionalidade científica: a clínica e a epidemiológica, mostrando uma desvalorização aos estudos epidemiológicos pela inabilidade no uso de ferramentas de análise destes estudos, na qual aí se enquadram os ensaios clínicos randomizados e as pesquisas multicêntricas (UCHOA; CAMARGO, 2010). Um entrevistado tem esta percepção sobre as condutas como segue no depoimento:

As políticas de saúde quando chegam ficam só na teoria, na prática não existe [...] eu acho que deveria ter protocolos para serem seguidos e exigidos pela instituição para que os médicos fossem heterogêneos nas suas condutas. Para não ficar este obaoba que um faz de um jeito e outro diferente, diretrizes baseadas na ciência, no que se tem em livro e artigos randomizados [...] as equipes são completamente separadas, não têm uma boa comunicação (P1, enfermeira).

A medicina ocidental tem se orientado por um ideário de cientificidade que lhe conferiu legitimidade, prestígio e status social, independentemente de ser o melhor a ser oferecido ou não. Uma enfermeira indignada com esta atitude e com a ausência de questionamento da legitimidade de alguns médicos declarou: *Aqui não tem política de saúde, é terra de ninguém, quem manda é o médico que está de plantão, é a política dele (P1).*

³³ As orientações de segurança ajudam a evitar acidentes.

O depoimento a seguir evidencia as relações conflituosas entre médicos e enfermeiras por conta de embates, quando a legitimidade de um é questionada:

A enfermagem tem denunciado [...] quando o preceptor está ausente da sala durante a cesárea. Acho que o Vigihosp³⁴ foi uma forma de alguém nos enxergar, e ele não tem sido efetivo e está se voltando contra a gente, tanto que os médicos ficaram sabendo que a gente está fazendo o registro ao invés deles tentarem melhorar [...] não eles estão procurando situações da enfermagem para fazer registro também. Então não tem diálogo [...] então as relações interpessoais ficam cada vez mais difíceis, porque isso dificulta o trabalho, não há diálogo entre as equipes (P3, enfermeira).

Os apontamentos dos profissionais remetem ao fato de que as relações interpessoais neste serviço deveriam ocorrer de forma interativa. O diálogo deficiente gerado por interesses profissionais distintos, como referido pelo depoimento da enfermeira, onde não há a aceitação de critérios, está colocando em risco a segurança do paciente conforme destacado na fala a seguir:

Quase perdemos uma paciente porque a técnica instalou uma medicação que precisa de controle rigoroso sem bomba [...] e outro dia uma médica me pediu para fazer uma medicação com a diluição errada, eu sabia que não estava certo e a questionei e quem não sabe, com certeza vai administrar (P2, técnica de enfermagem).

Foram relatadas situações de várias naturezas que colocam em jogo a segurança de todos e a crise em que se encontra o serviço. Outro fator relatado é a técnica inadequada de procedimentos causando danos iatrogênicos ao paciente pela inexperiência e falta de habilidade do profissional em processo de formação sendo uma realidade presente nesta instituição de ensino.

Sei que é um hospital de ensino e todo mundo tem que aprender, mas é um risco que se corre [...] do anestesista ficar furando várias vezes como eu já vi com as pacientes. Também do RI perfurar a bexiga, que acontece com frequência nas cesáreas aqui, porque o preceptor não está junto (P6, enfermeira).

De acordo com o estudo de Callaghan et al (2008), o *near miss* materno³⁵ é 50 vezes mais comum que a morte materna e pode causar danos importantes, muitas vezes de caráter permanente. O erro causado pela inabilidade técnica do profissional pode desencadear um *near miss* e é passível de acontecer em profissionais que estão em processo de formação quando sem supervisão adequada. Neste caso o *near miss* materno está relacionado a uma

³⁴ Um recurso online do sistema SGHU (Sistema de Gestão do Hospital Universitário), onde os profissionais notificam práticas que ocasionam algum dano ou agravo ao paciente acarretada por ele mesmo ou por outro profissional.

³⁵ Morbidade materna grave.

assistência à saúde de pior qualidade (ROSENDO, RONCALLI, 2016) e em casos de não receberem assistência pré-natal (DIAS, et al., 2014). Em relação aos antecedentes obstétricos, foi verificada maior incidência de *near miss* materno em mulheres com sucessivas cesáreas, gestantes que referiram ser de risco e as que tiveram alguma internação durante a gestação atual e aquelas que não apresentaram complicações na gestação atual (DIAS, et al., 2014). Nos hospitais do SUS localizados nas capitais e com mais de 500 partos/ano, a incidência de *near miss* materno foi maior. Os hospitais de ensino se enquadram nestes critérios, portanto a recomendação é que residentes sempre tenham um profissional mais experiente que os acompanhe (RAMANAN, 2006).

A formação dos profissionais precisa também ser capaz de lidar com as totalidades ou com realidades complexas, e para isso dominar diversos tipos de tecnologias não é o suficiente, é preciso que haja a capacidade de lidar com a subjetividade e com questões como o sofrimento e a dor (COOKE et al., 2006). A fala a seguir reflete sobre essa questão: [...] *eu já vi profissionais que não tem humanização, não fazem alguma coisa para amenizar o sofrimento e a dor, é desumano (P6, enfermeira).*

Na prática do profissional de saúde é importante a habilidade de compreensão do sujeito e do ambiente em que ele vive, a partir do conhecimento de sua história pessoal, a capacidade de ouvir e escutar, a empatia, o compromisso e o respeito (LIPKIN, 2006).

4.1.3 Empirismo no processo de ensino aprendizagem

Para ilustrar como exemplo de discussão desta subcategoria de análise, narro a cena de uma passagem de plantão da equipe de enfermagem. Cada técnica de enfermagem e/ou enfermeira lê em voz alta o motivo da internação de cada paciente, sob sua responsabilidade naquele turno. A leitura se atém à questão clínica e obstétrica da mulher, e em alguns momentos são interrompidos por recomendações ou cuidados que foram esquecidos no plantão anterior.

A forma de trabalho da enfermagem é subdividida de acordo com o próprio espaço do serviço. Um profissional fica na porta de entrada; o mesmo acontecendo na enfermaria de pacientes internadas; uma na sala de recuperação; e uma na sala de cesárea e parto normal. Em cada setor fica um técnico de enfermagem e uma enfermeira.

Na passagem de plantão de um dos turnos, uma das enfermeiras sugeriu a possibilidade de usar uma medicação para secar o leite da puérpera cujo bebê estava na UTI

neonatal por prematuridade. A técnica entrevistou e disse que o bebê poderia receber o leite da mãe por sonda mesmo internado na UTI, e a enfermeira disse que não, pois na UTI fica o RN e sem receber nada por via oral por um tempo. A partir deste momento ocorreu um embate empírico entre todos ali presentes, sem chegar a um acordo do que seria correto para aquele caso. Contudo, existe na literatura a conduta adequada para a questão e, neste caso especificamente, conversando com a mãe da criança mais tarde ela confirmou que estava retirando seu leite para dar ao seu bebê por sonda na UTI neonatal. Mesmo que a técnica tivesse tido a conduta adequada para este caso, seu saber foi desqualificado pela enfermeira.

Esta foi uma cena comum de divergências experienciada durante o trabalho de campo. Os casos não são discutidos a fundo e com propriedade científica para saber qual a afirmação é correta. A base é empírica e não se chega a um denominador comum, pois o conhecimento não é buscado dentro das evidências científicas. A maioria das falas são sem embasamento e seguem a lógica da experiência do mais antigo ou superior.

Os depoimentos das profissionais enfermeiras abaixo relatam a fragilidade da formação acadêmica dos médicos no ensino da obstetrícia, somente levando em consideração a empiria nesse processo:

Eu acho que não é efetivo o processo de ensino aprendizagem entre os professores e alunos, ela é muito empírica, tipo assim, eu na minha experiência faço assim, e chega o outro preceptor fala que faz de outro. A obstetrícia é a área que mais trabalha sem evidências científicas, então essa forma é passada para o que está chegando, O R2 passa para o R1 a sua prática e eles passam para os doutorandos (P1, enfermeira).

Geralmente o R1 é ensinado pelo R2, em sua maioria, poucos preceptores entram em campo [...] eu tenho pena dos residentes porque ficam sozinhos, um aprende com o outro e eles até tem boa vontade de mudar e são impossibilitados pelos preceptores e professores [...] se percebe que um passa para o outro a gente vê doutorando mandando as pacientes fazer força, e nem sabem o porquê, é empírico [...] (P3, enfermeira).

Porque num hospital universitário tem profissionais novos que estão chegando e não têm experiência, é muito perigoso o ensino ser desta forma, assim é um ensino de empiria [...] O que eu percebo é que tem preceptores que não estão juntos do R1, os doutorandos reclamam que caem de paraquedas ali, não ensinam muita coisa para eles. R1 está aprendendo com R2 e R3 (P6, enfermeira).

O Ministério da Saúde, em relação ao ensino dos profissionais de saúde, privilegia posturas ativas, críticas e reflexivas, que incentivem a abertura de caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social (CHAVES, 1990; NUNES, 2003). O conhecimento empírico toma o sujeito como passivo, pois vem do mundo externo,

entra através dos sentidos e se fixa independente da vontade do indivíduo (MARTINS, 2005; CHAVES, 1990).

A discussão da formação acadêmica em obstetrícia precisa ser pautada nas políticas públicas de saúde e de discussões entre os docentes e profissionais de saúde que estão na ponta dos serviços. O ensino não pode estar desconexo do que acontece no mundo externo, pois a academia forma os profissionais para a sociedade. Incertezas sobre a formação são relatadas no depoimento de um preceptor:

A questão de ser um hospital de ensino traz muitos questionamentos, do que pode ser feito pelo residente e pelo acadêmico [...]. Até porque assim o residente é médico então também é responsável pelos atos dele, e tem se o acadêmico que está em processo de formação, então muitas vezes surgem questionamento do que pode ou não fazer [...] A gente precisa entender onde a engrenagem não está funcionando [...]. Então quem vai supervisionar o residente é o médico do plantão. São várias coisas que o serviço tem de dúvida, então talvez para a gente isso pareça claro, que o acadêmico possa fazer, mas até onde vai esse respaldo? (P5, médico).

No século XIV, na Europa, para a obtenção do grau de doutor em medicina, era necessário no mínimo um ano de prática, ao lado de um médico bem conhecido, além de três anos de estudos na faculdade e de outros requisitos (REBOLLO, 2003).

Destaca-se que o desenvolvimento da área médica não caminhou em paralelo com a profissão de enfermagem. A história da enfermagem mostra que o exercício do cuidar tinha uma conotação altruísta de devoção, de mulheres leigas que dedicavam suas vidas à assistência aos pobres e doentes, principalmente as mulheres solteiras e viúvas, vinculadas ao cristianismo. No Brasil, a primeira escola de enfermagem foi implantada no Hospital Nacional de Alienados e foi instituída pelo Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, denominando-se atualmente Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, no estado do Rio de Janeiro (LESSA, ARAÚJO, 2013).

A partir do século 19, nos Estados Unidos, a educação formal em escolas médicas era apenas um suplemento do treinamento dos jovens médicos com outros médicos. O mesmo ocorreu no Brasil Colônia, onde havia a prática da medicina sem a obrigatoriedade de frequentar qualquer estabelecimento de ensino superior. Nesse sistema, médicos e cirurgiões com diploma universitário eram acompanhados por aprendizes, que tinham um treinamento basicamente centrado na experiência e na prática diárias, sem ênfase teórica. Após certo período de acompanhamento e quando eram considerados aptos por seus mestres, esses aprendizes prestavam exames junto às instâncias administrativas e eram licenciados para a prática médica (REGO, 2003).

Hoje em dia são várias as denominações que esses mestres vêm recebendo entre as quais preceptor, supervisor, tutor e mentor. Cada um desses termos significa uma grande variedade de funções, intervenções e atividades ligadas à educação médica, tanto na graduação como na residência (TRINDADE, 2000; BELLODI, 2005; COTRELL, 2005). A proximidade semântica entre esses nomes pode gerar confusão, na medida em que não se identifica ao certo de qual categoria e respectiva função se está referindo (TRINDADE, 2000; COTTRELL, 2005).

A Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), na Resolução 005, publicada do DOU em 11/06/2004 na seção 1 pág.19, referiu-se à função como sendo preceptoria/tutoria. Ou seja, assumiu que há uma equivalência entre as duas denominações, mas não quer dizer que todos tenham um perfil de docente. O seguinte depoimento destaca: *os preceptores não têm perfil de docente e capacitação para isso, porque no consultório particular eles até podem tomar condutas diversas com as pacientes deles, mas aqui não pode ser assim e todo um conjunto (P8, enfermeira).*

A papel do preceptor enquanto educador é crucial, dado que pode oferecer ao aprendiz um ambiente que lhe permite construir e reconstruir conhecimentos, assumindo assim uma função de docente-clínico, realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de casos, transformando a prática em um ambiente educacional propício para o desenvolvimento do espírito crítico dos educandos (BOTTI, 2009). Os depoimentos a seguir contrariam esse ideal:

Os residentes ficam aprendendo um com outro e cada preceptor vai seguindo seu modo de experiência de vida (P2, técnica de enfermagem).

O R1 recebe o ensino do R2 e esse recebeu a orientação do R3 (P4, médica).

Na prática as coisas acontecem de residente para residente, isso é uma coisa bem específica da ginecologia e obstetrícia [...] nem residente, preceptores conhecem seus papéis [...] essa semana aconteceu uma situação bem grave, porque cada uma faz uma coisa, não seguem protocolos, fica a critério do plantão (P8, enfermeira).

Desde épocas mais remotas, os candidatos a exercerem a função de pajé em aldeias eram cuidadosamente selecionados e treinados. Em seus primórdios, como aconteceu com o aprendizado da maioria das ocupações, o ensino da atividade de curar começava de maneira informal, com o treinamento profissional orientado por um prático (MACEDO, 1999). Em todo o processo formativo os alunos necessitam de supervisão de um preceptor, tutor, supervisor e/ou mentor para o exercício das atividades no campo, que se dá no contato direto

com os pacientes durante o seu estágio e residência. Mas essa não é a realidade constatada pelo P7:

O R1 fica sob supervisão do R2 que tem mais autonomia, mas é perigoso [...] então essa autonomia tem que questionar, e na madrugada acontece muito de não ter preceptor [...] A parte mais resistente com certeza é dos preceptores [...]. No plantão passado tinha somente o R1 e R2 e tinha uma cesárea para sair e a gente disse que sem preceptor não. Eles insistiram, mas não saiu até chegar. E deu uma zebra bem grande demorou quatro horas a cesárea. [...] E daí esse embate fica sempre da enfermagem que fica no fogo cruzado (P7, enfermeira).

Os residentes estão exercendo esta atividade de preceptoria uns dos outros, fato este observado durante o período de coleta desta pesquisa. Os residentes também se incumbem da tarefa de supervisionarem os doutorandos, estudantes de medicina do sexto ano, em regime de internato, que são divididos conforme escala de trabalho dos residentes e, muitas vezes, são confundidos com médicos pelas pacientes e acompanhantes. São os doutorandos que atendem as mulheres na triagem e na maior parte do pré-parto, sob supervisão dos residentes. Um desses estudantes ao ser indagado sobre sua percepção da especialidade obstétrica disse:

Estou aprendendo. É um setor diferente, o residente me passa todas as informações, pois são várias demandas, desde a porta de entrada até fazer dinâmica uterina, verificar BCF e fazer o monitoramento cardiotocográfico. Ficamos três meses na obstetrícia, onde fazemos 12 plantões, [...] e mais os 15 dias que passamos durante o estágio curricular (relato do diário de campo, 05/04/2017).

A relação dos doutorandos com os residentes obedece aos ditames de uma relação entre mestre e aprendiz, vista como fundamental na sua formação profissional. Mas essa relação entre preceptor e doutorando está muito aquém da função de preceptor que desempenha várias funções como planejar, controlar, guiar; estimular o raciocínio e a postura ativa dos alunos com vistas ao crescimento profissional, além de desenvolver o lado pessoal e humano na formação moral dos discentes (BOTTI, 2009).

4.1.4 A comunicação conflituosa entre as equipes

As falas dos profissionais evidenciam os problemas nas relações profissionais do centro obstétrico, o que também pode constatar observando as interações ou falta delas no cotidiano do hospital. Foram levantadas várias situações relacionadas a problemas de comunicação e falta de entendimento entre as equipes.

É muito grande o número de profissionais, não há comunicação (P5, médico).

Falta comunicação entre as equipes [...] a relação da enfermagem com a medicina é um cabo de guerra [...] essa interação e comunicação entre as equipes, sem má fé, eu acho que precisa melhorar pois demonstra que o serviço está muito desestruturado (P7, enfermeira).

O serviço desestruturado e com um grande número de profissionais, no qual não há comunicação efetiva, é um reduto de problemas na assistência obstétrica, produzindo um cuidado prestado de modo inseguro. A comunicação ineficaz entre as equipes gera conflitos e estresse entre os profissionais e esses fatores podem refletir, direta ou indiretamente, de forma negativa no atendimento à gestante. Isso foi pontuado na fala de um profissional:

Hoje a obstetrícia está num momento de muitas indefinições. Eu acho que durante o processo do ensino da obstetrícia não há comunicação e conversa [...] aqui acontece muitas mudanças de conduta, especialmente na própria questão de via de parto [...] tem coisas que as questões legais não estão bem claras [...] então mesmo que na clínica privada você haja diferente, aqui no serviço tem que ser pautado em diretrizes do Ministério da Saúde talvez a partir disso as coisas mudem (P5, médico).

O centro obstétrico do HU tem três setores internos que apresentam subdivisões: 1) a porta de entrada onde acontece o Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) e a avaliação obstétrica, 2) o setor de observação e internação, 3) e o ambiente restrito onde se localiza a sala de parto, sala de cesárea e sala de recuperação anestésica. Após passar pelo ACCR com a enfermeira, a mulher é atendida no box de consulta por um doutorando que passa o caso para o residente: *Os atendimentos, no box de consulta, a maiorias das condutas são discutidos com o médico plantonista, mas quem acaba liberando a paciente é o médico residente (P5, médico).*

Conforme a conduta a ser tomada após a consulta, a mulher segue para internação ou observação. Após, é encaminhada para parto e/ou cesárea em outra sala. Nestes locais é sempre atendida por um número grande de pessoas e por uma equipe de enfermagem diferenciada. Esta diversidade de profissionais, associado a uma comunicação ineficaz, como foi presenciado em campo, podem trazer problemas de várias naturezas, dentre eles a fragmentação do cuidado. Ações de caráter organizativo como a correta identificação dos pacientes, a completude de dados nos prontuários/processos clínicos, o registro de ocorrências, a rotina de conferências de prescrições, a definição de padrões de comunicação são algumas das práticas que podem minimizar erros (SOUZA, 2014).

Para liderar uma equipe, alguns autores ressaltam que o processo comunicativo é fator essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficaz e eficiente, devendo acontecer constantemente, a fim de proporcionar informação e compreensão necessárias à condução das tarefas e, principalmente, motivação, cooperação e satisfação nos cargos (SANTOS; BERNARDES, 2010).

Outro problema para a equipe é a superlotação de pacientes. Por ser o HU o único serviço de referência para a gestação de alto risco no município e na região central do estado do Rio Grande do Sul, este aspecto acaba levando o hospital a receber também as mulheres de risco habitual, conforme destacado nos depoimentos:

Esse período de superlotação que temos é um caos e injusto com a equipe, com as pacientes, que ficam em cadeiras de plástico, macas empilhadas em todos os lugares [...] Linha de cuidado fora do hospital a gente não tem, e dentro do hospital com muitas falhas, [...] e o único hospital que recebe mulheres de porta aberta e não tem para onde referenciar quando estamos lotados [...] e quem dá conta somos nós mesmos não tem apoio e nem ajuda da instituição (P8, enfermeira).

Eu tinha dito para não passarem cesáreas que não fossem de urgência porque não tinha pessoal para circular. E a médica preceptora chegou para técnica e disse 'tu leva a paciente' agora e passaram por cima da minha solicitação, aquilo me desestruturou. E se passa por situações dessas bem frequentes, que me revoltam bastante, principalmente quando o serviço está superlotado, fica um caos, e todo mundo começa a se descontrolar. Quanto mais trabalho tem mais stress (P1, enfermeira).

A superlotação nos serviços de emergência hospitalar é um fenômeno mundial, reflexo do desequilíbrio entre a demanda de pacientes com condições agudas por serviços de saúde e a baixa oferta de serviços assistenciais. No município em questão agrava-se o fato de que o hospital referência para o atendimento de risco habitual não absorve na totalidade esta clientela, conforme destacado pelo profissional:

A Casa de Saúde referência para risco habitual tem muitas restrições e aqui não se atende o que chegar [...] A Casa de Saúde poderia nos apoiar, mas não ajuda e no momento que eles apontam uma situação para direção aqui do hospital a própria instituição aqui acata e a gente que se vire, aqui é uma ilha também. Então isso expõe a equipe, os pacientes, todos enlouquecem (P8, enfermeira).

A desorganização e a superlotação são as expressões mais visíveis das dificuldades do sistema de saúde no atendimento às necessidades da população. Indica o baixo desempenho do sistema em sua totalidade e do hospital em particular; induz a baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT, HORTALE, 2009).

A mudança para um paradigma humanista, conforme proposto por Floyd (2001), vem para melhorar a qualidade da assistência. Nesta prerrogativa, o local de parto pode ser no hospital, mas também pode acontecer em casas de parto ou até no domicílio da gestante, pois o processo do parto é entendido como fisiológico. O centro das decisões está focado nas escolhas da mulher; o uso da tecnologia é parcimonioso e, com isso, as taxas de cesáreas e de intervenções no parto são baixas.

O modelo hospitalar como única porta de entrada do sistema pode congestionar o sistema de saúde. O atendimento ambulatorial durante o ciclo gravídico puerperal, por meio dos serviços de atenção domiciliar e da integração com as equipes de atenção básica, reorganiza o sistema, otimizando a utilização do “cobiçado” leito/cama hospitalar (BITTENCOURT, et al., 2009).

Corroborar esta orientação a Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, que institui a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) no SUS, sendo uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias nessa situação, identificadas pela Atenção Básica ou Especializada, para internação das intercorrências da gestação (BRASIL, 2013).

4.2. OS SABERES, A LEGITIMIDADE E A AUTONOMIA DA CATEGORIA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

4.2.1 Relações desiguais de poder

As relações de poder em uma unidade hospitalar entre médicos e enfermeiros é um terreno arenoso, ainda que entre as profissões exista um estreito vínculo gerado pela proximidade das ações que cada um desempenha profissionalmente. Há uma relação de interdependência nos cuidados prestados ao paciente, onde um é responsável por prescrever e o outro administrar e/ou gerenciar o cuidado e a medicação prescrita.

A maior parte dos conflitos se dá por uma disputa de poder para mostrar quem é a figura mais importante neste tratamento. O que vem a gerar neste campo conflitos de disputa de poder que podem ser veladas (OLIVEIRA et al., 2010). Como diz Foucault (2009), *toda forma de saber produz poder*, pela íntima ligação entre estes dois agentes, sendo o poder uma relação, não uma coisa, portanto precisa-se investir nas relações e práticas sociais estabelecidas.

Na construção histórica e cultural da profissão da enfermeira, que se fez no campo da saúde, não é de uma profissão inferior, mas que pode ter progressivamente perdido seu reconhecimento e valor social, colocando-se nessa posição de inferioridade, aceitando e cumprindo ordens, o que caracteriza uma relação assimétrica de poder e subordinação atrelada à divisão social do trabalho (FLORENTINO, 2006).

A construção da relação dicotômica médico-enfermeiro abrange atributos históricos de cada ator da organização social instituída como equipe multidisciplinar em saúde, bem como contempla a noção de representações sociais dos mesmos.

As representações sociais sobre a inserção de outros profissionais com respaldo legal no atendimento ao parto no HU mostram a desvalorização do conhecimento da enfermeira obstétrica (EO), enquanto integrante da equipe multiprofissional no atendimento ao parto.

As falas das enfermeiras revelam que se sentem pouco reconhecidas pela instituição, centrada sobretudo no modelo médico:

Eu acho que é um hospital escola porque que o residente da medicina pode atender o parto e nós enfermeiras não podemos? Isso é uma coisa que me chateia muito, porque meu objetivo é ser respeitada como profissional. A gente se baseia no conhecimento científico [...] a inserção da enfermeira obstetra junto no atendimento ao parto ia melhorar muito (P3, enfermeira).

Acho que aqui no hospital temos uma demanda bem grande para isso, somos um hospital de ensino [...], mas mesmo sendo alto risco muitos partos aqui poderiam ser acompanhados por enfermeiros até no sentido de demandas, organizar e otimizar o serviço (P8, enfermeira).

Estes últimos depoimentos acima apontam uma crítica à centralidade do médico no parto, ainda que se tenha uma lei que ampare o exercício profissional da enfermagem obstétrica. No entanto, outras especialidades da enfermagem, inclusive a enfermagem generalista parece desconhecer tal prerrogativa (Lei nº 7.498/86 regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87) (BRASIL, 1996). A fala seguinte de uma enfermeira sem especialidade em obstetrícia corrobora o *status quo* do poder médico: *Profissional não médico no parto, nem consigo imaginar, não conheço está possibilidade (P6, enfermeira).*

Na realidade, tudo isso surgiu em decorrência das críticas em nossa sociedade ao modelo obstétrico vigente (PORFÍRIO et al., 2010). Esse modelo viola o direito de escolha das mulheres sobre seu tipo de parto, gerando nos profissionais de saúde práticas obstétricas intervencionistas. As falas abaixo destacam o poder dos médicos sobre a parturição, a baixa autonomia dos enfermeiros obstétricos e uma certa condição de submissão da categoria médica sobre a categoria da enfermagem neste hospital:

Eu fui contratada para isso no HU, como enfermeira obstetra, mas eu não atuo, eu acho que teria que ter espaço sim, [...] seria muito benéfico para todos, inclusive para sobrecarga da equipe médica [...] A questão estrutural não é um empecilho, falta vontade dos médicos se libertarem daquele sentimento de posse das coisas, porque quem tem mais poder sobre o hospital como um todo fala mais alto e determina as coisas. Não é como a gente quer, é como os médicos querem [...] A gente participa do acompanhamento do parto mas como um coadjuvante muito lá atrás, o protagonista é o médico, infelizmente. E poderia haver uma interação melhor se a gente participasse mais (P7, enfermeira).

A enfermeira não atua como enfermeira obstetra, trabalha como gerente nos hospitais, não tem espaço para assistência direta ao parto como verificar uma dinâmica uterina, exame de toque, verificar batimento cardíaco fetal, como tem em outros estados. Nós somos respaldadas, mas não deixam [...] a gente tem um volume muito grande de partos, o hospital é de alta complexidade, então tem espaço para todo mundo atuar aqui dentro. Acho que não se concretizou por conta da resistência médica, é uma máfia [...]. Então eu acho que há resistência do médico e a enfermagem aceita, a gente se permite (P1, enfermeira).

O movimento feminista e as políticas públicas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em 1983 têm grande

influência na mudança dos rumos do modelo assistencial, contrapondo-se ao modelo hegemônico. Porém, todo movimento de mudança encontra entraves, pois esse modelo acaba reproduzindo determinadas formas de comportamentos (BOURDIEU, PASSERON, 2011).

Desde a década de 1990 vem surgindo reivindicações em vários estados do Brasil para tornar o parto um evento onde a mulher seja a protagonista e os profissionais de saúde sejam apenas coadjuvantes neste processo.

4.2.2 Reconhecimento profissional das enfermeiras obstétricas para os partos de risco habitual: a regionalização, a burocratização e o cerceamento da profissão na contramão do cuidado

O reconhecimento da atuação do profissional da enfermagem obstétrica no estado do Rio Grande do Sul tem sido lento em relação a outros estados do país. Em maio de 2017, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Rio Grande do Sul aprovou em reunião a regionalização dos partos normais, o que quer dizer que: mais de 100 municípios deixaram de realizar partos nesse estado, pois os hospitais considerados de pequeno porte, segundo resolução da Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS, 2017), não estavam adequados para realizarem tal procedimento. Um dos gestores do HU destacou esta afirmativa:

Outra modificação que vem ocorrendo, essa é mais local e do estado do RS, é a centralização dos partos. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde, a mortalidade materna em hospitais com menos de 60 leitos é muito alta, então eles estão num processo de esvaziamento destes hospitais e querem centralizar nestes hospitais maiores (P9, médico).

Esta fala acima se refere a um modelo de atendimento centrado na atuação do médico em detrimento da atuação dos profissionais da enfermagem obstétrica. Ou seja, para evitar a mortalidade materna, o estado resolve regionalizar a assistência ao invés de estimular a participação dos enfermeiros obstetras nos partos que ocorrem nesses municípios pequenos. Esta resolução tem gerado críticas da Federação das Associações dos Municípios do Rio Grande do Sul (FAMURS) e não está em consonância com a portaria nº 1044/GM, de 2004, do Ministério da Saúde, que objetiva a organização de redes articuladas e resolutivas de serviços de atenção no nível microrregional. Isso garantiria à população o acesso qualificado aos serviços de saúde e a indução do processo de descentralização com especialidades básicas, dentre elas a equipe obstétrica (BRASIL, 2004).

A regionalização no estado do Rio Grande do Sul extinguiu a possibilidade dos hospitais menores capacitarem suas equipes e oferecerem um serviço qualificado às gestantes desses pequenos municípios. Elas têm que viajar muitos quilômetros para dar à luz, principalmente as gestantes de risco habitual que poderiam parir nestes hospitais com atendimento especializado de enfermeiras obstétricas. Os depoimentos revelam a insatisfação dessas profissionais em relação ao esvaziamento do seu papel no parto nesses municípios.

A profissão de enfermeira tem diferença de estado no Brasil, o nosso aqui no Rio Grande do Sul está bem desvalorizado e isso é bem desestimulante porque daí começa a ver as coisas erradas e ficam dizendo que tu está enchendo o saco. E assim, fico com menos vontade de atuar, as pessoas não reconhecem a profissão [...] se restringe ao gerenciamento e não há espaço para assistência. O enfermeiro está no meio de uma relação muito complicada, porque o médico não te valoriza e o técnico de enfermagem não respeita, principalmente as enfermeiras mais novas. Às vezes eu me pergunto o que eu estou fazendo aqui dentro, qual é a minha utilidade (P1, enfermeira).

Aqui no Rio Grande do Sul as enfermeiras pouco atuam, além do mais se o obstetra vai num congresso e diz que todas as pacientes a partir de hoje, com 6 cm de dilatação, têm que ficar de 4 apoios na cama, todo mundo bota. Agora, se uma enfermeira vai lá, faz um curso de especialização e vem com o título de enfermeira obstetra e traz as boas práticas e tudo o mais... a gente muitas vezes é motivo de risada, não tem reconhecimento daquilo que tu fala [...] A gente vê muitos cursos lá fora e muitas vezes a gente é até impossibilitada de ir pela parte financeira, e o hospital não investe na gente (P3, enfermeira).

No Brasil, o movimento da humanização do parto avançou em vários estados, sobretudo pelas organizações de defesa dos direitos da mulher. Um marco importante em termos de políticas públicas de humanização do parto foi a criação do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas em 1998 (BRASIL, 1998c). Os critérios para a concessão desse prêmio são baseados na adesão às recomendações da OMS, tais como a presença de acompanhantes no pré-parto, no parto e no pós-parto, o controle das taxas de cesárea e a assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras (BRASIL, 2000). Outra estratégia que valoriza a inserção da enfermagem obstétrica é o Centro de Parto Normal (CPN) ou casas de parto no âmbito do SUS, sendo criado através da portaria GM/MS nº 985, de 06 de agosto de 1999, exclusivamente para o atendimento à mulher no período grávido-puerperal (BRASIL, 1999).

Destaca-se que desde 1998, a Portaria MS/GM nº 2.815 tirou o foco do atendimento somente no médico, incluiu na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o

procedimento “parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra” (BRASIL, 1998a). No entanto, os serviços de saúde que atualmente são administrados por organizações sociais ou empresas privadas têm sofrido revezes em relação às diretrizes e avanços das políticas públicas do SUS.

Agora com a Ebserg, por ser uma empresa, eles têm alguns pensamentos como era o privado, eu tenho receio que a gente perca esse lado do trabalho mais humano em função de maior trabalho burocrático, pois ele acaba atrapalhando o assistencial. Tenho notado que isso tem acontecido, às vezes perde-se mais tempo no papel ou computador do que ao lado da mulher partejando (P4 médica).

Eu gosto da minha profissão, mas às vezes a gente fica desmotivada [...] percebo que a enfermagem mudou, antes era feito com mais amor, eu tenho impressão que nos dias de hoje a enfermagem está muito profissional, tu não pode exercer uma profissão somente pelo dinheiro, só porque vai te dar um status [...]. O pouco envolvimento da enfermeira com o paciente também aumentou bastante e elas querem mandar as técnicas fazer. Outra coisa que tem sido exigido das enfermeiras é preencher papéis (as enfermeira como chamam) o que faz com se distanciem da assistência [referindo-se as exigências burocráticas da Ebserg] (P2, técnica de enfermagem).

Em setembro de 2017 o Conselho Federal de Medicina (CFM), entrou com uma ação contra a União, solicitando a suspensão parcial da Portaria nº 2488, de 2011, da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011). A suspensão solicitada pelo CFM se deu somente no artigo das atribuições específicas do enfermeiro, no parágrafo II que trata da solicitação de exames laboratoriais por enfermeiras no âmbito do SUS.

Com isso todos os atendimentos no âmbito do SUS e nas Casas de Parto cessaram, pois grande parte da solicitação de exames nestes serviços são realizadas pelos enfermeiros, amparado legalmente pela lei do exercício profissional, o que prejudicou muitos pacientes e cerceou o exercício profissional. Ocorreram muitas manifestações e notas de repúdio por parte de várias instituições e pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que entrou com recurso para salvaguardar o atendimento de enfermagem à população (COFEN, 2017). Em 18/10/2017, considerado dia do médico, a União e o COFEN conseguiram derrubar a liminar do CFM, dando aos enfermeiros novamente o direito de solicitarem exames laboratoriais no âmbito dos SUS.

O enfermeiro tem que mudar a sua visão e sua postura, [...] por isso estamos perdendo credibilidade junto a equipe médica. Por isso a

assistência está centrada no médico [...] fazer uma pós-graduação em obstetria acaba sendo frustrante porque aqui sei que tu não vai praticar não tem reconhecimento institucional [...] E tem também a fala das usuárias que fez pré-natal com enfermeiro como se não fosse pré-natal porque não foi com médico na atenção básica. Daí eu explico que o enfermeiro é capacitado para atender o baixo risco, mas de repente o próprio serviço não está trabalhando isso lá (P8, enfermeira).

A gente se sente impotente com certas situações onde tu vê que aquilo poderia ser diferente e tu não consegue mudar, porque o sistema moldou daquela forma e é muito difícil tu conseguir mudar, e às vezes tu escuta “é assim, vai ser sempre assim”, é só ver os altos índices de cesáreas e intervenções no parto (P7, enfermeira).

Os conflitos entre os profissionais médicos e os da enfermagem obstétrica persistem na assistência ao parto mesmo com as políticas de humanização implementadas para reduzir a mortalidade materna, as altas taxas de cesarianas, inserindo este último profissional na assistência direta ao parto vaginal, com base em evidências científicas (PRATA et al., 2012). A fala de um profissional que é gestor expõe essa relação conflituosa no HU:

Aqui no hospital, hoje, tem conflito entre grupos médicos e não médico, desde que a Ebserh assumiu, colocando muitos profissionais não médicos em todas as áreas, tentando tornar o atendimento multidisciplinar e multiprofissional [...]. Então essa interface no início é complicada, ela tem que ser construída dentro da obstetria (P10, médico).

Esse depoimento acima, apesar das queixas de alguns profissionais sobre o excesso de burocratização sob a gestão da Ebsergh, revela um aspecto de tentativa de mudança das práticas do HU, que parece objetivar um trabalho em equipe multiprofissional. No entanto, na prática, observei que a tentativa de juntar profissionais de diferentes áreas careceria de uma capacitação para um trabalho interdisciplinar com *rounds*, clínica ampliada e projeto terapêutico singular.

A obstetria é um campo de forças onde ocorre a luta entre profissionais de saúde por objetos de interesse e por reconhecimento de práticas. Segundo Bourdieu o campo científico é:

“... enquanto sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta é o monopólio da autoridade científica definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; [...], o monopólio da competência científica, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado” (BOURDIEU, 1972, p.88).

O campo é dotado de leis próprias e se utiliza de mecanismos para se libertar de pressões externas. O que vai determinar o que cada um vai fazer neste campo está diretamente relacionado à estrutura das relações, isto é, a posição que cada um ocupa nesta estrutura que determina ou orienta, de modo positivo ou negativamente, sua tomada de posição (BOURDIEU, 2003).

Algumas das rotinas danosas em relação ao parto têm sido perpetuadas pela área da enfermagem, que tem dificuldade de se desvencilhar de antigos hábitos construídos ao longo dos anos. A interpretação de atos que podem ser considerados violentos partem destes profissionais. Várias situações de resistência às boas práticas de atenção ao parto foram ignoradas por algumas enfermeiras, conforme observei durante o percurso etnográfico.

Na sala de recuperação do CO havia uma enfermeira que ao constatar que um bebê estava com a temperatura baixa colocou-o no berço aquecido, uma prática comum por mim presenciada muitas vezes. Uma técnica de enfermagem veio em seguida e sugeriu que ao invés de colocar o bebê no berço, o colocasse junto à mãe para que tivesse o contato pele a pele. A criança logo conseguiu estabilizar a temperatura e quando a técnica foi vestir o bebê, falou para a enfermeira: *aquele berço demora para aquecer, o melhor é sempre que puder colocar junto da mãe*. Mais tarde, a técnica de enfermagem, em uma conversa informal comigo refletiu em tom de indignação:

Não há razão de falar dos médicos, pois a mudança precisa começar pela gente, tem enfermeira que barra os acompanhantes, não faz contato pele a pele entre mãe bebê, temos que reconhecer, é a enfermagem que está dificultando as boas práticas, não são os médicos (relato diário de campo, 20/03/2017).

A mudança de postura dos profissionais de saúde, segundo Michel Odent (2000), passa pela visão de um cuidado centrado no vínculo estreito entre a mãe, o bebê e a família, o que estimula o desenvolvimento de uma sociedade que cultiva o afeto e o respeito ao outro e à natureza.

4.2.3 O movimento de mudança de paradigma tecnocrático para o humanista

Os paradigmas de assistência ao parto, na visão da antropóloga Robbie Davis Floyd são três: o tecnocrático, o humanista e o holístico. O que marca o início do paradigma tecnocrático é o período da industrialização quando são institucionalizadas as organizações hospitalares e a medicalização do processo reprodutivo (FLOYD, JOHN, 2004).

Os antropólogos que estudam o evento da parturição têm mostrado que nos serviços de saúde dos países em desenvolvimento, vem ocorrendo uma desvalorização da figura das parteiras nesse processo, inclusive com práticas de maus tratos contra as parteiras profissionais³⁶ e as leigas. O parto no paradigma tecnocrático passou então a ser visto como um ato cirúrgico, e a mulher parturiente passou a ser tratada como enferma com práticas obstétricas que a impedem de seguir seus instintos (FLOYD, 2009). O paradigma humanista é orientado para uma relação igualitária entre todos os envolvidos no parto, respeitando a individualidade de cada pessoa (FLOYD, ST JOHN, 2004). Os relatos abaixo apontam para um movimento de sensibilização para práticas obstétricas ditas humanizadoras, mas que ao mesmo tempo não se refletem em todos os atendimentos ficando restrita a alguns profissionais.

Tem uma residente que é muito difícil ela fazer episiotomia [...] Eu uso o cavalinho, mas é o menos aceitável, elas gostam muito do chuveiro do banho morno, da penumbra no trabalho e parto, menos barulho, conversa, caminhar quando tem vontade, posições confortáveis de livre escolha. E alguns da medicina pede para a gente fazer, a aceitação é bem boa, eles pedem pra gente ficar ali junto com a paciente, acho que o olhar por parte dos médicos obstetras está mudando [...] E eu sempre digo que não precisa mandar elas fazer força, e digo para as pacientes se eles te mandarem fazer força, tu não faz, tu vai sentir a vontade de fazer involuntariamente (P3, enfermeira).

Às vezes a gente tenta fazer alguma situação e não vai para a frente [...] mas é esporádico é difícil fazer [...] algumas situações de boas práticas no parto acontecem, mas tudo depende do profissional que está conduzindo, fica restrito a determinadas pessoas, os colegas boicotam (P4, médica).

Eu oriento o acompanhante a fazer massagem, dar a mão, respirar junto com a mulher em trabalho de parto geralmente isso dá certo. Acalma o psicológico e não que elas não sintam a dor, mas sabem superar melhor porque se veem envolvidas com essa parte carinhosa. Para mim esse cuidado é o fundamental, maior que o da técnica. Acho também importante manter elas higienizadas, pois sangue, líquido amniótico e fezes é constrangedor (P2, técnica de enfermagem).

Algumas ações que se enquadram dentro dos critérios instituídos pela Política de Humanização do Parto e Nascimento, com métodos não farmacológicos para alívio da dor como a bola suíça ou bola de Bobath (RICCI, 2008), são utilizados de maneira inadequada na visão de um profissional:

Esses dias uma paciente com 3 cm de dilatação e a fisioterapeuta colocou na bola, e daí eu questionei e ela disse que era para dilatar. Olha não é esse conhecimento que eu tenho da bola suíça, e você vê que não está dando

³⁶ Enfermeira obstétrica.

resultando nenhum. Então o uso das boas práticas não é simplesmente botar a paciente em cima de uma bola virar as costas e sair (P3 enfermeira).

Essa falta de reconhecimento e compreensão do trabalho do profissional da equipe, muitas vezes potencializa os conflitos no serviço. Esta observação pode ser realizada através do claro desconhecimento de qual é o trabalho do fisioterapeuta no parto, conforme destacado no depoimento acima, uma vez que é confundido com as mesmas atribuições do enfermeiro.

No estudo etnográfico de Silva (2016), realizado em um hospital com o objetivo de analisar um projeto de humanização percebeu-se que existem diferentes concepções sobre humanização. Isso está relacionado às visões de mundo, que se manifestam como cada profissão é concebida no contexto social. A ideia de humanização do parto é polissêmica, são vários os sentidos para um movimento que se iniciou com o resgate do protagonismo feminino no parto. Há vertentes do movimento que são vistas como impositivas e geralmente atravessadas pelo capital simbólico que o ator detém no campo. Contudo, é consenso de que existem decisões a serem tomadas que são exclusivamente do domínio médico, seja lá qual for o critério de humanização (SILVA, 2016).

Povoam este cenário a figura do médico obstetra, as parteiras, as doulas, a enfermeira obstetra. O fisioterapeuta se inseriu também neste cenário, mas de maneira interminente, fato este observado na pesquisa de Silva (2016), no qual se desenvolvia um método de trabalho com práticas consideradas humanizadas, que os profissionais denominam como “postura terapêutica” e “qualidade de presença³⁷”.

A presença da figura do fisioterapeuta no trabalho de parto geralmente não é de forma contínua, como a do médico e da enfermeira. O seu trabalho no centro obstétrico é oferecer conforto para a parturiente, com técnicas de respiração, relaxamento com estímulo ao banho com água morna, posições de alívio para o desconforto das contrações, técnica como o pedilúvio³⁸.

Os hospitais universitários são instituições formadoras de profissionais das mais diversas áreas da saúde, um dos principais papéis destes, independente da sua área, seria estar ali para minimizar a dor, ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, ajudar a parir e a nascer. O importante é que tenha esta formação humanística (SANCHES, BOEMER, 2002).

³⁷O Método Rességuier de Reabilitação Integrada visa despertar o corpo sensível, sendo corpo sensível “o conjunto de fenômenos sensíveis percebidos de modo direto e imediato pelo próprio sujeito”, como designa o fisioterapeuta Jean-Paul Rességuier, o criador do método.

³⁸Banho que se dá aos pés imergindo-os em água quente.

A fala de dois médicos e uma técnica de enfermagem que realiza práticas consideradas humanizadas mostra que a inserção de outros profissionais no atendimento ao parto é de fundamental importância para a mudança de modelo.

Eu acho que seria maravilhoso porque se as enfermeiras obstetras atendessem partos, iriam trazer as boas práticas para dentro do hospital, o problema é a resistência dos colegas quanto institucional para que isso aconteça, seria uma troca de conhecimentos. Eu acho que qualquer profissional é bem-vindo para contribuir com essas melhorias pensando na paciente, no bebê no que iria melhorar para a paciente e para o nascimento (P4, médica).

Aqui no hospital poderia ser feito por profissionais não médicos, que tem respaldo legal, e na verdade a gente tem alguns profissionais capacitados aqui no serviço para isso (P5, médico).

Em março de 2017 o governo anunciou novas diretrizes de assistência ao parto normal. A partir desta data, toda mulher terá direito de definir o seu plano de parto, que trará informações como o local onde será feito, as orientações e os benefícios e riscos sobre cada tipo de parto (BRASIL, 2017).

A questão da humanização é mais pessoal. A equipe de enfermagem e da multi que percebo disponibilizando os métodos não farmacológicos para alívio da dor e alguns residentes da medicina que pedem, mas somente para aquelas mulheres que eles acham que está incomodando, que não colabora, que se descompensa e que eles não estão conseguindo manejar, porque o trabalho de parto não está evoluindo, demorando (P8, enfermeira).

As medidas implementadas pelo Ministério da Saúde visam ao respeito no acolhimento e mais informações para o empoderamento da mulher no processo de decisão ao qual tem direito com vistas ao paradigma humanista. Assim, o parto deixaria de ser tratado como um conjunto de técnicas representando o momento fundamental entre mãe e filho e a família que está sendo construída (BRASIL, 2017).

Acho que a obstetrícia é a área da medicina que mais se fala em humanização, em atendimento humanizado, e a especialidade que mais se debate isso hoje em dia [...] eu acho que não poderia ser diferente, é uma das especialidades onde mais o paciente tem certa autonomia, a gente tem dado certa autonomia para o paciente também [...] digo que atendimento de um hospital público tende a ser melhor que o privado na nossa cidade. O hospital privado começa que não tem plantonista, com uma série de coisas que deveriam ser diferentes. Eu recomendo o HU para uma assistência ao parto (P5, médico).

Para o Ministério da Saúde, a estabilização das cesarianas no país é consequência de medidas como a implementação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011) e investimentos em centros de Parto Normal junto às maternidades de alto risco para qualificar e ampliar a

cobertura de atendimento. Outra iniciativa é a maior presença de enfermeiras/os obstétricas/os na cena do parto, atuando em colaboração com a equipe médica. A atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar junto às operadoras de planos de saúde também é um marco.

Outros procedimentos danosos que também estão em processo de diminuição são as práticas demonstradamente úteis da OMS (1996), que devem ser eliminadas como a episiotomia, o enema, o clampeamento tardio do cordão, conforme destacado nos seguintes depoimentos:

Diminuiu a episiotomia bastante. Desde que eu entrei, tem acontecido mais parto normal com laceração [...] não faz mais enema, o clampeamento precoce do cordão umbilical não é mais feito quando o bebê nasce bem somente se faz depois de 1 minuto [...] O contato pele a pele alguns fazem somente no parto normal (P6, enfermeira).

Então eu acho que funcionam em alguns momentos práticas humanizadas como não fazer episiotomia em todas, fazer contato pele a pele da mãe e bebê após o nascimento (P7, enfermeira).

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 (BRASIL, 2008), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os serviços que aderirem à resolução devem atuar em conformidade com as “Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento”, baseada em evidências científicas.

Nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde (1996), as boas práticas devem garantir acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realizar o acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estimular a implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na PNH (BRASIL, 2011a). As falas a seguir demonstram a implementação de algumas políticas públicas:

Algumas políticas que temos como a do direito do acompanhante [...] E o acolhimento com classificação de risco que também tem com política [...] mas não quer dizer que todos cumprem a lei do acompanhante (P1 enfermeira).

Aqui no hospital nós temos implementado o acolhimento com classificação de risco desde 2014. Também a entrada do acompanhante sem ter que assinar termo de consentimento livre e esclarecido que antes era obrigado a assinar (P8, enfermeira).

As principais causas de descumprimento da lei do acompanhamento familiar no processo parturitivo está relacionado à resistência do profissional de saúde (BRÜGGEMANN, et al.,

2014), que inibem a presença do acompanhante pela formação intervencionista, que não prioriza a humanização das práticas assistenciais (MALHEIROS, et al., 2012).

4.2.4 Fragilidade na integração ensino e serviço

A integração ensino-serviço compreende o trabalho em conjunto da academia (docentes e alunos) com os profissionais dos serviços de saúde e gestores. É uma ferramenta de qualificação da formação profissional que visa à qualidade de atenção em todos os níveis e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al., 2008)

O Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA) busca criar instrumentos de cooperação, parcerias ou convênios para a realização de práticas de ensino nos espaços de atenção à saúde. A partir deste programa muitas outras iniciativas surgiram para fomentar experiências com base em diretrizes para promover a inserção dos alunos em contextos reais do trabalho na saúde, de modo cada vez mais consolidado (BRASIL, 1981). Mas isso não quer dizer que na prática isto vem acontecendo com naturalidade.

A graduação da enfermagem não se integra nada aqui dentro do centro obstétrico, e nem sei o que eles fazem aqui dentro, não sei quantos dias ficam no campo [...] as professoras da enfermagem ficam mais na pesquisa. Bem diferente da medicina que domina, eles têm bastante autonomia para fazer as coisas, os doutorandos até demais, deixam eles suturando pacientes sozinhos na cesárea. A medicina está bem instalada aqui dentro, a enfermagem não, tinha que ocupar um espaço melhor (P1, enfermeira).

As atividades de pesquisa do docente tomam uma proporção muito maior na sua vida profissional, e não é raro relegarem a segundo plano as atividades no campo de supervisão dos graduandos, tornando-os mais distantes das realidades dos serviços de saúde. Em contrapartida, ocorre o contrário com os profissionais dos serviços, que ficam alheios às questões da pesquisa e se restringem somente a executar as atividades rotineiras do trabalho, deixando de lado a educação permanente e, por consequência, tornando-se profissionais que perpetuam práticas obsoletas sem respaldo científico (PADILHA, 1991). Os depoimentos a seguir corroboram com este achado:

É aquela mentalidade restrita, porque eu faço assim a minha vida inteira

e não vou mudar, a velha frase “sempre foi assim”. E eu vejo também que é muito pessoal a busca pelo conhecimento, porque na academia a gente não vê as boas práticas sendo ensinadas para os residentes de medicina, não vejo eles falando em boas práticas então eu acho que isso seria uma mudança que iria revolucionar o cuidado com essas pacientes, um paradoxo

dentro de um ambiente acadêmico, cadê a integração ensino- serviço? (P4, médica).

No curso de medicina eu não sei se falam sobre humanização do pré-natal, parto e nascimento [...] sei que o currículo mudou, mas não sei se é efetivo para isso ou não, mas na teoria o currículo está voltado mais para a humanização, mas na prática tem uns empecilhos que travam isso (P5, médico).

O ano passado a gente fez curso de reanimação neonatal, de urgências obstétricas que foi ministrado somente por médicos, mas de residentes da medicina foram só dois, inclusive nas reuniões da linha de cuidado era pouca a participação da área médica, e os professores da enfermagem não se vê aqui dentro do centro obstétrico, a academia não se faz representar (P7, enfermeira).

Não é possível pensar a mudança das práticas da saúde sem interferir na formação dos profissionais de saúde. A transformação do modelo assistencial vigente perpassa várias instâncias, dentre elas espaços de discussão sobre a articulação do ensino com a assistência, considerando-o como um espaço privilegiado para uma reflexão sobre a realidade da produção de cuidados, com docentes e profissionais da assistência atuando conjuntamente (ALBUQUERQUE et al., 2008). Os depoentes retratam a realidade da fragilidade com que o ensino-serviço se encontra:

Tem preceptores que até entram nas cesáreas, fica por ali, mas tem outros que não. Na enfermagem sempre fica junto, mas temos mais graduandos de outras instituições que da Ufsm. Aliás, do curso de graduação da enfermagem da UFSM nunca vi alunos aqui dentro do centro obstétrico (P6, enfermeira).

A gente tem mais médicos que são professores e são assistenciais, agora na enfermagem não há isso. A docência médica é muito mais presente aqui dentro do centro obstétrico que a da enfermagem que praticamente não existe. Na enfermagem elas não conhecem a realidade, o que ensinam em sala de aula não é o que se tem na prática e o que acontece é que esse aluno sai daqui frustrado, essa integração ensino-serviço está distante ainda (P8, enfermeira).

A gente sabe por exemplo que o acadêmico ele tem que se formar fazendo pelo menos um parto, e a grande maioria sai sem fazer, então onde está falha, porque que isso não está acontecendo ou o que está impedindo [...] esses dias houve questionamento do acadêmico estar suturando uma episiotomia ou uma sutura da pele em uma cesárea, mas esse é o processo de formação dele, ele tem que passar por isso [...] (P5 médico).

A graduação da enfermagem só observa no período que passa pelo estágio no centro obstétrico além de ser somente dois dias não faz nada, como vai aprender assim é desmotivante [...] O aluno da medicina tem internato, a enfermagem só faz assistência se quiser e fizer bolsa [...] (P8, enfermeira).

A sensibilização de todos os atores envolvidos no contexto do processo ensino aprendizagem é primordial para a formação de novos profissionais com espírito crítico e proativo, indo em clara consonância com o que menciona a Matriz do Revalida (Matriz de Correspondência curricular) no eixo da especialidade de Ginecologia e Obstetrícia que diz que é uma premissa a: *Redução e prevenção de danos em Obstetrícia e Ginecologia* (MEC, MS, 2009, p.42).

Destaca-se que o modelo de gestão adotado pelos HUs deve ser de excelência e servir de exemplo para as demais unidades e aos profissionais de saúde, especialmente pelo seu caráter de ensino. Isso significa entender que esses hospitais necessitam ser os primeiros a adotarem os modelos de atenção à saúde preconizados pelo Ministério da Saúde.

Trazendo esta discussão para o microespaço da atenção obstétrica, é de suma importância a implementação de políticas públicas como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha (LEMOS, 2012).

Logo, não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e os serviços de saúde. Muito pelo contrário, é necessária uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Esta transformação pressupõe trabalho em equipe, acolhimento dos usuários, produção de vínculo entre as equipes e pacientes, responsabilização com a saúde individual e coletiva, atendimento das necessidades dos usuários, assim como resolubilidade dos problemas de saúde detectados.

4.3 A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA VISÃO DE PROFISSIONAIS E USUÁRIAS: SOFRIMENTO E EMOÇÃO DO NASCER

4.3.1 Violência obstétrica como conceito a ser discutido no campo ensino-serviço

Para definir o que seja violência obstétrica, primeiro precisa-se entender a violência contra a mulher. A Organização das Nações Unidas (ONU) elaborou uma resolução que específica como sendo qualquer ato baseado na diferença de gênero, que resulte em sofrimentos e danos físicos, sexuais e psicológicos à mulher, inclusive os que não chegam às vias de fato e também a coerção e a privação da liberdade, sejam na vida pública ou privada (WHO, 2005). Outro marco importante e definidor da atenção ao tema Violência Contra Mulher no Brasil foi a Convenção de Belém do Pará, realizada no ano de 1994, com a aprovação pela Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos (OEA) que define

a violência contra as mulheres como todas as formas de violência em todos os lugares em que esta se manifesta. Quando perpetrada nos estabelecimentos de atendimento obstétrico se configura uma violência obstétrica. O depoimento a seguir exprime esta afirmativa:

Eu resumiria a violência obstétrica como uma violência contra a mulher [...] é tu atropelar as coisas que poderiam ser feitas de uma outra maneira é a falta de segurança do profissional, que acaba cometendo erros, falhas e até morte, que são desnecessárias [...] A violência começa lá na porta, às vezes está numa palavra, tem profissionais que são estagnados mesmo, não querem mudar fizeram assim a vida toda e para eles deu certo, tanto a equipe médica quanto de enfermagem (P3).

A OMS/OPS (1994) reconhece a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública, na medida em que seus efeitos trazem consequências físicas e psicológicas. A alemã Hannah Arendt, filósofa e pensadora que durante sua vida escreveu e batalhou em prol da liberdade social e dos direitos das mulheres, aborda estas questões culturais e fala sobre a cultura que faz diferenciações entre gêneros que coloca os homens em “vantagem” em relação às mulheres uma sociedade machista que enxerga a mulher como um objeto, inferior e menos capaz de trabalhar ou de tomar decisões.

Segundo Arendt, isto dificultou muito a vida das mulheres quando o assunto é o sofrimento da violência, podendo estar presente em seus diferentes graus de classificação física, moral, sexual ou psicológica (ARENDR, 2008).

Com base nesta afirmativa, a violência obstétrica se configura como uma grave violação dos direitos humanos, fazendo com que o Brasil descumpra diversos dispositivos e tratados nacionais e internacionais.

Dentro desta perspectiva, o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres têm buscado combater à violência. Ao se considerar a violência como um problema de saúde, vale apontar que, desde o ano de 2003, foi instituída a Lei nº 10.778, que estabelece a Notificação Compulsória nos casos de violência contra as mulheres nos serviços de saúde público e privado (BRASIL, 2003). O registro fornece dados e subsídios para o mapeamento das ações da Política Nacional de Enfrentamento da Violência.

A violência obstétrica não é notificada no HU local onde foi realizada esta pesquisa e na maior parte das instituições, não há especificado na Ficha de Notificação de Agravos em Saúde³⁹ um campo para este tipo de violência. Participei de uma reunião no dia 12/04/2017

³⁹ O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016),

com os representantes do Serviço de Vigilância Epidemiológica (VE), e do serviço de Segurança do paciente (responsável por receber as denúncias que colocam em risco a segurança do paciente) e com a responsável pelo serviço de obstetrícia do CO com o intuito de traçar estratégias de como fazer esta notificação nos serviços de obstetrícia.

O Serviço de Segurança do HU recebe as denúncias feitas pelos profissionais de saúde através do Vigihosp, um recurso online do sistema SGHU (Sistema de Gestão do Hospital Universitário), que vem sendo utilizado no HU desde o final de 2014, com o intuito de dar voz ao profissional de saúde que presencia práticas que ocasionam algum dano ou agravo ao paciente acarretada por outro profissional ou até por ele mesmo.

A partir da detecção de uma prática inadequada pelo profissional ele pode notificar no Vigihosp os casos, preservando o profissional de saúde que notifica, não o expondo junto aos demais da sua equipe. O recebimento da notificação vai para o email do profissional e é por ali que são feitos os contatos, ocorre total sigilo a fim de proteger a denunciante. Este cuidado se dá por haver casos de retaliação por parte do denunciado. Há setores com práticas muito específicas e pontuais que até pode se saber quem estava presente no momento do acontecido. Mas isso não tem desestimulado as denúncias, disse a representante da segurança do paciente, a enfermagem do CO não está se omitindo e está denunciando as negligências médicas, que estão sendo levadas para instâncias superiores. Isso está desacomodando muitas pessoas e trazendo muitos conflitos.

Outro fator que tem levantando discussões no serviço de VE no HU é a busca por uma alternativa de como fazer a notificação de violência obstétrica se não há na ficha de agravos um campo específico para este tipo de violência, demonstrando uma falha nela. Isso tem desestimulado a notificação deste tipo de violência, pois há a necessidade de se discutir com a equipe obstétrica a definição de violência obstétrica e como iniciar este processo de notificação.

Uma das justificativas mencionada como um fator facilitador para a ocorrência da violência obstétrica é a superlotação. Conforme mencionado pelos participantes nestas ocasiões, as mulheres ficam sentadas em cadeiras durante o trabalho de parto ou são liberadas para o domicílio sem uma avaliação mais minuciosa.

A superlotação pode ser enquadrada como uma violência estrutural onde todos são vítimas, desde as usuárias até os profissionais de saúde e alunos: *você não ter condições adequadas de trabalho te incomoda, faz mal*, disse a enfermeira representante da segurança

do paciente. *A VO acontece também com os profissionais, pois trabalhar sem as mínimas condições torna os erros mais frequentes*, disse outra enfermeira.

Para que a segurança seja alcançada os protocolos obstétricos aprovados no HU precisam ser implementados. Outro dado comentado foi a questão da VE ser o primeiro órgão que recebe todo o direcionamento das notificações e depois é encaminhado para o Vigihosp, que se beneficiou deste serviço já estruturado da vigilância que inclusive faz busca ativa dos casos.

A média de denúncias do Vigihosp é de cinco a oito por dia, e se consegue através dele ver o que é recorrente, como, por exemplo: extravios e administração incorreta de medicamentos que ocorre pela desorganização dos processos de trabalho.

Este sistema serve para estruturar o HU e segundo os funcionários do setor são 22 tipos de notificações tipificadas. Os alunos também notificam, mas ainda são minguadas as suas participações. Segundo o serviço de segurança do paciente, a profissão que mais notifica é a enfermagem, pois parece que ela tem um papel de vigilante na instituição.

A enfermeira responsável pelo serviço de obstetria mencionou casos de mulheres que estão processando o HU por terem sofrido violência obstétrica. Ela citou o caso de uma gestante gemelar atendida em janeiro de 2016 no HU e que na internação os bebês apresentavam batimentos cardíacos, constatados por USG, e no atendimento na sala de parto. Quando o parto ocorreu, foi retirado com vida somente um dos bebês o outro estava há uma semana em óbito pelo estado de decomposição do corpo, conforme constatado pelos próprios médicos (notas de diário de campo, 12/04/2017).

O fato de, atualmente, as mulheres nomearem as mortes de seus bebês como sendo uma forma de violência obstétrica é uma surpresa para os profissionais, conforme observei entre os presentes na reunião citada acima, apesar de há muito tempo acontecer estas situações na instituição. Nas conversas dessa reunião, levantou-se o debate de como esses casos deveriam ser julgados, uma vez que não há legislação específica sobre a violência obstétrica.

Foi mencionado por um dos representantes do Serviço de VE do hospital, a ausência de um sistema de referência e contrarreferência eficaz com o hospital que atende aos partos de baixo risco no município. Após, essa mesma profissional de saúde relatou sua própria experiência quando teve sua filha no HU, há 27 anos, segundo ela, a criança estava nascendo e os profissionais não davam importância para sua queixa, e isso a prejudicou. Hoje esse fato seria uma violência obstétrica. Ela disse:

Deve-se dar importância às queixas da parturiente, mas a avaliação deles que são alunos muitas vezes é errada, e quando a mulher fala

não acreditam, ela diz: “eu era uma enfermeira e não deram importância para o que eu dizia, há um histórico de violência obstétrica na instituição, com acompanhante, com as usuárias (relato do diário de campo, 12/04/2017).

Faz-se relevante apontar que, desde 2004, há um movimento de estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e implantação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados municípios no Brasil (BRASIL, 2010).

Conquista de destaque ao combate a violência contra as mulheres diz respeito à Lei nº 11.340 – denominada de Lei Maria da Penha – sancionada no dia 07 de agosto de 2006 pelo Presidente da República, que estabelece mais rigor e punição às agressões sofridas pelas mulheres, sendo definida como uma infração legal. Essa lei tipifica as situações de violência contra as mulheres, mas ainda não o fez com a obstétrica, pois há necessidade de se entender esta forma de violência até por parte dos operadores do direito para ganhar maior efetividade nos processos criminais.

Compreende-se, no entanto, que a Lei Maria da Penha é um dispositivo recentemente aprovado em nosso país. Há a necessidade de uma colaboração intersetorial e da sociedade civil para que esta seja posta em prática, livre de preconceitos e julgamentos a fim de que este dispositivo legal seja mais uma forma de exercício da cidadania e proteção dos direitos humanos das mulheres.

A Venezuela foi o primeiro país a criar uma lei contra a violência obstétrica em 25 de novembro de 2006. Ao celebrar o Dia Internacional pela Eliminação da Violência contra a Mulher, a Assembleia Nacional da República Bolivariana da Venezuela aprovou a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência. Esta substituiu a Lei sobre a Violência contra a Mulher e a Família de 1998 e foi publicada na Gazeta Oficial nº 38.647, de 19 de março de 2007 (GUERRA, 2008). Segundo a legislação da Venezuela, a violência obstétrica se define:

El concepto de violencia obstétrica que tiene la ley de Venezuela es apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Artículo 6º, Ley 26.485, Abril 1 de 2009).⁴⁰

⁴⁰ O conceito de violência obstétrica que a lei venezuelana tem é a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelo pessoal de saúde, que se expressa em um tratamento desumanizante, em um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, trazendo consigo a perda de autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres (artigo 6º da Lei 26.485, de 1º de abril de 2009).

Esta definição ainda gera para os profissionais de saúde e também para as próprias mulheres certa dificuldade de compreensão sobre o que seria a violência obstétrica. Os profissionais percebem que a violência obstétrica é uma realidade nos serviços de saúde, e se manifesta das mais diversas formas, conforme os depoimentos a seguir:

Na verdade, isso é uma coisa que me preocupa, pois não está definido realmente o que seja violência obstétrica. Uma gestante me perguntou uma vez [...] o que é violência obstétrica, se eles batem, obrigam a fazer alguma coisa [...] O conceito de violência é controverso (P8, enfermeira).

É tudo aquilo que invade a mulher no sentido não respeitar os limites dela, o que pode ser violência para ti pode não ser para mim, então eu acho que a violência obstétrica é uma coisa muito subjetiva, é aquilo que viola o que a mulher tem como limite, moral. Então muda de pessoa para pessoa e para ter esta noção tem que sempre que comunicar sobre o que está fazendo (P1, enfermeira).

Existe a violência obstétrica até nas mínimas coisas, é a imposição do seu querer sobre o outro independente do que ele queira. O profissional às vezes está tão acostumado, automatizado em fazer procedimentos, protocolos e aquilo vira uma rotina de serviço que tu não enxergas que é embora seja uma violência obstétrica (P7, enfermeira).

A violência obstétrica para alguns profissionais de saúde entrevistados não se apresenta de forma clara e visível. Outros, porém, conseguem identificar alguns procedimentos como uma conduta violenta, como é o caso do uso da ocitocina e episiotomia:

Eu acho que ocitocina é uma violência obstétrica porque tu está forçando uma coisa, a natureza é sábia. Desde que o mundo é mundo existe partos e as mulheres parindo sem ocitocina [...] A episiotomia é uma violência obstétrica também porque se trabalhassem bem o períneo, partejassem com amor não precisaria cortar (P2, técnica de enfermagem).

Seria não respeitar as tuas escolhas, ficar claro que algumas coisas são protocolos, como uso da ocitocina para indução, e se a pessoa não quer isso, mas ela acaba sendo convencida e ela não quer mesmo assim, então é violência, porque não está se respeitando a vontade e o conhecimento que a pessoa traz (P8, enfermeira).

Os procedimentos desnecessários e sem evidências científicas de benefícios, realizados pelos profissionais no momento do parto, vêm sendo especialmente violadores de direitos. A episiotomia ou “mutilação genital”, como também é chamada pelas ativistas do parto humanizado, e o uso da ocitocina estão dentre as práticas que são consideradas como

uma violência física e sexual, quando utilizadas rotineiramente porque são tecnologias inadequadas na atenção ao parto (SANFELICE, 2014).

São frequentes os casos de deformações dos genitais resultantes da episiotomia (informal e jocosamente classificados pelos profissionais como "hemibundectomia lateral direita" ou como "AVC de vulva"). Um relato define que o procedimento é muito negativo: *Aqui não existe critérios para episiotomia, cada um avalia de forma pessoal, não é institucional o profissional que decide se vai fazer ou não, e são horríveis, causam estragos tremendo na vulva da mulher, [...] (P8, enfermeira).*

A demanda posterior por outro profissional, para corrigir a lesão genital deformada pela episiotomia é uma realidade, mas não são todas as mulheres que têm recursos financeiros para pagar os procedimentos corretivos ou a cesárea para evitar lesões perineais. Assim, a questão de renda pode ser um fator de proteção contra um parto violento (REDE PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Tornam-se em uma forma de violência física as intervenções com base em informações parciais ou distorcidas (DINIZ, 2015; SANFELICE, 2014). Nesse período gestacional, as mulheres estão particularmente expostas também à violência moral, no qual está associada a condutas dos profissionais (MARTINS, BARROS, 2016). Um exemplo dessa forma de violência está no não reconhecimento da mulher como sujeito do seu parto (SANFELICE, 2014; OLIVEIRA, 2015) e a proibição de se expressar, retaliações ou maus tratos velados quando exigem seus direitos, solicitam determinados serviços (DINIZ et al., 2015; OLIVEIRA, 2015).

Segundo uma pesquisa que retrata o Mapa da Violência no Brasil (2015), os três principais tipos de violência sofrida pelas mulheres, são a violência física (58%), a psicológica (25%) e a sexual (2,4%) (WAISELFISZ, 2015).

O depoimento a seguir retrata esta situação, na qual o profissional desconhece o termo violência obstétrica e apresenta um juízo de valor, pois entende que mulheres menores de idade e de porte físico pequeno não podem ter condições de parir por outra via de parto que não seja cesariana, conforme na fala a seguir:

Não nunca ouvi falar, mas se você for a fundo tem muitos fatores que se enquadram como, por exemplo, uma paciente de 16 anos magrinha, pequenininha, com um baita barrigão, que não dá para nascer por parto normal, só cesárea e tentam e depois a pessoa tem dor fica toda retalhada estraga a genitália, faz episiotomia e o marido vai reclamar, eu acho que isso é um tipo de violência obstétrica (P6, enfermeira).

A reprodução desse pensamento se apoia, do ponto de vista histórico e cultural, no senso comum e nas velhas práticas de profissionais de saúde, contribuindo para a violência contra a mulher e a gestante. Sendo a dor inerente à experiência da maternidade, sua resolutividade seria a cesariana, segundo esse raciocínio.

As crenças e os valores que alguns profissionais carregam estão enraizadas em uma cultura machista e misógina, desde “brincadeiras” infantis a propagandas veiculadas na mídia que mostram diariamente que as mulheres ainda se encontram numa posição “inferior” aos homens.

Na hora do parto surgem com frases do tipo “fica quieta mãezinha”, “se não parar de gritar eu paro de te atender”, ou “na hora de fazer não gritou” “não aguenta nem uma contração e quer ter parto normal”.

Situações graves como os casos de estupros contra as mulheres se voltam contra as vítimas que são culpabilizadas pela sociedade por causa de sua vestimenta ou seu modo de agir, mostrando que a sociedade brasileira como um todo ainda está muito atrasada quando o assunto é a liberdade e a igualdade de gênero, então no momento do parto não poderia ser diferente (CASTRO, 2015).

O despreparo e a falta de conhecimento das mulheres sobre parto, também foram apontados pelos profissionais como fatores negativos na experiência de parir, e como um fator que necessita de correção do pré-natal:

As pacientes aqui não questionam [...] não se informam e não têm autonomia, pois não têm este conhecimento sobre as boas práticas (P1, enfermeira).

O despreparo para o parto das mulheres que chegam aqui no centro obstétrico é gritante, porque o pré-natal é mal conduzido, acho que um treinamento com psicóloga, fisioterapeuta seria melhor. As minhas filhas não acharam o trabalho de parto ruim, porque eu também nunca falei coisas ruins sobre este momento para elas, disse que era uma experiência boa (P2, técnica de enfermagem).

As gestantes chegam aqui sem saber nada, sem questionar [...] inclusive tem algumas que vêm com cinco ultrassom e nenhum exame laboratorial [...] nas reuniões da rede cegonha a gente bate na tecla do pré-natal que é muito falho (P7, enfermeira).

A “culpabilização” das mulheres é decorrente das transformações nas práticas do parto que envolvem relações de poder entre médicos, parturientes e demais profissionais envolvidos, decorrente da posição desigual que as mulheres ocupam na sociedade (BRABO, 2015). Nesse sentido, tratamos de uma prática social em que as mulheres se encontram em

situação de vulnerabilidade para situações de violência. Por isso, a importância em abordar e relacionar cada caso e contexto, não apenas a questões de gênero, como também de classe social, raça/etnia e orientação sexual, entre outras categorias socialmente construídas (SANTOS, IZUMINO, 2005).

Na opinião da maioria dos profissionais, a gestante contribui de alguma forma para a violência obstétrica, uma vez que não tem conhecimento sobre seus direitos, o que leva à autonomia, o tomar decisões sobre seu parto. Os depoimentos ilustram essa ideia:

A experiência mostra que a mulher vem sem o conhecimento de parto humanizado e aí ela chega aqui sem saber que ela tem tantos direitos e acaba aceitando muita coisa também que ela acha que é o certo e acaba achando que com a cesárea não vai ter violência obstétrica [...] como é o caso de muitas mulheres que chegam aqui dizendo que não querem ganhar de parto normal, e sim de cesárea (P4, médica).

É que, na verdade, nós somos alto risco, porque somos cadastrados, mas o nosso público é todas praticamente. Então a fala das mulheres é que por ser do alto risco a via de parto deve ser cesárea, não é trabalhado isso no pré-natal, nem daqui do HUSM [...] (P8, enfermeira).

A pesquisa Nacer no Brasil, realizada com 23.940 puérperas, no período de 2011-2012, mostrou que a via de parto de preferência inicial das mulheres foi o vaginal (68,5%) por razão de melhor recuperação física. Um dos depoentes corrobora essa afirmativa de que as mulheres procuram se informar do que têm disponível, contrariando em parte os depoimentos dos profissionais acima:

E as nossas pacientes antigamente achavam que o parto ideal para uma mulher era cesareana, hoje tu vê que elas chegam aqui com outro olhar. A experiência mostra que, antes 70% das pacientes que chegavam aqui tinham muito medo do parto normal, da dor, nas primeiras dores já queriam cesárea [...] mas esta mudança não é nem do pré-natal da atenção básica que são orientadas pois é falho [...] elas acabam buscando na mídia, no facebook, tv. Até pessoas que tem um nível cultural baixo a gente vê no facebook perguntando, tirando dúvidas o que o nosso serviço oferece, que quer ter um filho de parto normal (P3, enfermeira).

Ainda segundo os dados da pesquisa Nacer no Brasil, a escolha pela cesariana foi de 27,6%, variando de 15,4% (primíparas no SUS) a 73,2% (múltiparas com cesariana anterior no setor privado). Entre as múltiparas, o principal motivo para a escolha da cesariana foi o medo da dor do parto (46,6%) (DOMINGUES et al., 2014), conforme o depoimento a seguir:

Eu acho que a mulher já chega com dor e a hora de extrapolar é um direito dela, eu sei porque entrei em trabalho de parto, tive dores, contrações e é a pior coisa, dá vontade de bater na parede, morder [...] há mulheres que pedem a cesárea por causa da dor (P6, enfermeira).

Desde os tempos bíblicos a dor tem sido associada à parturição, obrigando a parturiente a suportá-la e aceitá-la como uma forma de punição conforme passagem da Sagrada Escritura, que cita, em seu versículo 16, o pecado original de Eva ao provar do fruto e ao induzir Adão a também pecar e recebendo como punição a dor multiplicada na parturição (BEZERRA, CARDOSO, 2006).

A representação social sobre o parto é influenciada por fatores socioculturais e identifica-se como uma etapa dolorosa do processo fisiológico da gravidez, sendo a resposta comportamental influenciada pela dimensão emocional e ambiental (MALDONADO, 2002). O tipo de parto é um fator idealizador que pode levar as mulheres a pensarem que depende somente disso o gatilho desencadeador para ocorrer a violência obstétrica.

Dessa forma a cesárea pode ser no imaginário popular um procedimento protetor contra a violência obstétrica, inibindo procedimentos dolorosos e conservando a área genital da mulher que fica preservada, conforme os depoimentos:

A cesárea de uma certa forma previne a violência obstétrica [...] no parto normal os preceptores ensinam a fazer episiotomia em todas as mulheres, eles não perguntam para a paciente nada, não falam nada que vão fazer e na realidade não precisa esta intervenção em todas, é um abuso (P4, médica).

Tem certas condutas como uso da ocitocina que são uma violência, a paciente com 9 cm sem necessidade nenhuma é para acelerar o trabalho deles e causar dor nas mulheres, melhor a cesárea então (P3, enfermeira).

Buscar resolver a violência obstétrica com a cesariana não seria uma solução visto que o Brasil vive uma epidemia destas operações. Com aproximadamente 1,6 milhão de operações cesarianas realizadas a cada ano, não houve diminuição dos casos de violência obstétrica, sendo, na verdade, o abuso de cesarianas um deles (BRASIL, 2013).

A cesárea sem indicação, provocada pelos profissionais da saúde quando no exercício de sua função, gera uma atenção desumanizada com abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ et al, 2012).

Na representação dos profissionais parece existir uma "cultura de cesárea", ou preferência por este tipo de parto pelas mulheres. Os profissionais de saúde ficam surpresos em relação aos pedidos das mulheres por cesárea, conforme explicitado nas seguintes falas:

Aqui tem um revés, a gente verifica que cada vez mais fora as pacientes procuram um atendimento para parto normal e aqui elas chegam pedindo cesariana [...] Acho que o questionamento das pacientes em relação à

conduta neste período tem sido maior, especialmente na área da obstetrícia as pacientes já chegam mais orientadas, seja por terem lido na internet ou outro meio e talvez um pouco pela judicialização a gente tenha questionamentos cada vez maiores por parte das pacientes e em termos de responsabilidade. Então, talvez isso pressione bastante o profissional, às vezes se muda a conduta baseada no que ela quer (P5, médico).

Agora surgiu uma nova política aqui dentro que eu não sei de onde tiraram que paciente primigesta pode pedir cesárea com 39 semanas se tiver equipe multiprofissional no hospital para orientar sobre os riscos. A questão é que deveria ter orientação de equipe multiprofissional, mas não é isso que acontece na prática. A equipe multiprofissional seria somente para o respaldo do hospital para realizar, mas não é acionada, é somente o médico que decide a partir da solicitação da mulher. Isso só foi uma justificativa, digamos legal, sem respaldo científico para os médicos fazerem cesárea (P1, enfermeira).

Então, não é de se admirar que no Brasil tanto na rede privada quanto no SUS, mas em menor quantidade, a cesariana seja ainda a principal forma de nascimento. Segundo dados da pesquisa Nacer no Brasil, 46% dos nascimentos no SUS e 88% na rede privada foram cesáreas. Destaca-se nesta estatística que a finalização na rede privada se deu sem a mulher passar pelo trabalho de parto, foi agendado o procedimento no pré-natal. E as mulheres que buscam o atendimento no SUS buscam muitas vezes o mesmo tratamento.

É direito da gestante optar pela realização de cesariana garantida por sua autonomia, desde que tenha recebido todas as informações de forma pormenorizada sobre o parto vaginal e cesariana, seus respectivos benefícios e riscos (CFM, 2016).

Esta escolha pode estar associada à ideia de violência obstétrica. Ao entrevistar uma gestante que teve filho de parto normal no HU, em 2009, ela relatou-me que iria solicitar a cesariana a pedido, por medo de sofrer violência obstétrica novamente, apresentando o quadro do que se chama de “tocofobia” constatado por profissionais da saúde mental que a avaliaram para entender o real motivo de seu pedido. Ela contou que foi obrigada a fazer força a mais que sua capacidade para nascer seu bebê, acarretando o afrouxamento dos seus dentes e problemas sexuais futuros com seu companheiro que acabou em uma separação. Ela conta que recebeu toque vaginal por vários profissionais em intervalos curtos de tempo, além de fazerem uma episiotomia, sem seu consentimento: *emendaram a vagina com meu ânus praticamente e depois não consegui sentar por meses (M5).*

Quando as mulheres relatam que escolhem a cesárea para fugir de um parto violento é reflexo desta cultura que imputa à mulher procedimentos dolorosos, como a episiotomia sem necessidade, considerada uma violência sexual relatado por muitas, como uma experiência traumática e com sequelas pela dor intensa da sutura (ALVES et al., 2000).

A entrevistada ainda informou que não queria passar por esta situação novamente, disse que o pânico toma conta da sua mente só de pensar no que sofreu. Parece ingênuo pensar sempre que as mulheres querem cesárea por falta de informação ou porque estão influenciadas pelo modelo de assistência na rede privada, no qual 88% são cesáreas (LEAL, 2014). No depoimento a seguir vemos essa percepção: *A própria mulher tem buscado e chegado mais informadas para nós, mas as que têm contato com outros serviços [...] porque chega algumas ainda dentro desse modelo biomédico da rede privada, pedindo cesárea. (P8, enfermeira).*

O HU possui um protocolo disponível na página da web e modo intranet (protocolos assistenciais) que especifica a necessidade de avaliação de equipe multiprofissional⁴¹ para as mulheres que chegam pedindo cesárea. A gestante mencionada notificou o hospital a respeito de sua escolha, através do termo de consentimento livre e esclarecido previsto no projeto de lei n.º 5.687-A, de 2016 e pela Resolução 2.144/2016 do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2016), ambos contemplam a cesárea a pedido. O projeto de lei amparava a cesariana a partir da 37ª semana, sendo posteriormente alterado pela resolução do CFM:

O Art. 2º da Resolução 2.144/2016 entende que interfere diretamente na autonomia da paciente. Agora é uma regra para ser seguida nos hospitais públicos e privados. Não havendo situação de risco para a mãe nem para o bebê, a determinação do Conselho é no sentido que a cesárea após agendamento seja feita a partir da 39ª semana de gestação. Antes, a regra era a partir da 37ª.

A resposta do hospital a esta demanda foi um tanto fora do comum, informando que somente disponibiliza a avaliação da equipe multiprofissional para os casos nos quais as pacientes realizam o pré-natal no HU, não atendendo demanda proveniente do CO. Neste caso então teria que procurar por conta própria o atendimento psicológico, onde realiza o pré-natal.

Outra justificativa alegada pelo hospital, que poderia ser um fator de recusa ao pedido, seria o médico poder defender o seu direito de autonomia profissional e não concordar em realizar a cesárea, devendo então referenciar a gestante a outro profissional. Tudo vai depender da decisão do médico plantonista quando a mulher entrar em trabalho de parto. Ou ainda, pode ser referenciada à Casa de Saúde, outro hospital na cidade que atende somente gestações de risco habitual.

O fato da referida gestante ter sofrido violência obstétrica em 2009, justificando atualmente o seu pedido pela tocofobia, não foi levado em consideração nas respostas dadas pela instituição, além do fato de ter passado por um estresse imensurável, como ela contou

⁴¹ É uma avaliação feita por profissional da psicologia.

emocionada, dizendo que talvez não fosse conseguir realizar o procedimento, pelo fato de depender da avaliação do plantonista do dia. São muitas questões incompreendidas que são sequelas da violência obstétrica. Neste caso explanado acima foi quase um pedido de socorro pela cirurgia, pela experiência traumática anterior, vivenciado na ocasião do nascimento de seu filho. Quando estava a escrever esta tese a referida gestante teve enfim seu desejo realizado de realizar a cesárea, após liminar imposta por ordem do Juiz, solicitada pela Defensoria Pública da União, após muitas idas e vindas ao HU, inclusive internação para compensação de aumento de pressão arterial, segundo ela ocasionado pelo estresse a que foi submetida.

Um estudo realizado em duas maternidades do SUS no município do Rio de Janeiro, com mulheres que tiveram parto normal e cesárea, constatou que 75% não queriam cesárea e justificaram esta escolha por ser de recuperação mais difícil e lenta (39,2%) e pela dor e sofrimento maior após o procedimento cirúrgico (26,8%). Outro fato que chama a atenção é que o pedido da cesárea, quando ocorreu, foi feito durante o trabalho de parto e que quanto maior o intervalo de tempo entre a admissão no hospital e o parto, mais frequente é a solicitação associada à demora na resolutividade das intercorrências que podem gerar sequelas para o bebê no futuro ou a óbito neonatal (BARBOSA et al., 2003).

Fornecer informações sobre os tipos de parto durante o pré-natal é importante, mas não se pode deixar de levar em consideração as necessidades pessoais, os valores culturais e sociais e o planejamento reprodutivo de cada mulher (KINGDON et al., 2009), valorizando em conjunto o cuidado centrado nela e a escolha informada (HAINES et al., 2012).

Quanto mais conscientes os profissionais de saúde estiverem da importância do estado emocional de mulheres grávidas, mais fácil será a gestação. Considerar o possível efeito nocebo⁴² do pré-natal, quando o profissional de saúde faz mais mal do que bem às gestantes, com práticas e condutas que não valorizam as crenças e, portanto, o estado emocional das gestantes. É primordial então entender e trabalhar dentro da normalidade na gestação e não a tratar como um processo patológico (ODENT, 2003).

Alguns depoimentos sugerem que informar sobre os tipos de parto é somente prerrogativa do pré-natal na atenção básica:

Mas independentemente do nível, as mulheres têm vindo muito carentes de informações sobre o parto, trabalho de parto do pré-natal, tanto da rede básica quanto do próprio consultório privado. Elas vêm muito carentes, muito ansiosas (P3, enfermeira).

⁴² Ação que teoricamente não deveria produzir qualquer reação, mas, quando associada a fatores psicológicos, acaba produzindo efeito danoso em alguns indivíduos.

Existem boas práticas que nem a paciente conhece, [...] deveria ser falado no pré-natal, como por exemplo, como é o trabalho de parto, se ela já chegasse com um pouco de conhecimento ela teria condições de dizer o que quer (P4, médica).

Mas não seria somente da atenção básica esta função, não se pode eximir os profissionais de saúde e gestores do HU de oferecer um atendimento pautado nas diretrizes das políticas públicas de humanização do parto e nascimento.

4.3.2 A força dos movimentos sociais para trazer à luz as discussões no campo

A visibilidade e o reconhecimento que a problemática da violência obstétrica têm adquirido por parte da sociedade são frutos de um processo que se estende na mobilização e organização de movimentos que não se calam (ou calaram) frente à violência histórica perpetrada contra as mulheres. Segundo Sena e Tesser (2017), o ciberativismo das mulheres, especialmente das mães é uma nova estratégia e proposta de mobilização social contemporânea.

Nas várias reuniões que participei durante o trabalho de campo conheci um grupo de mães na cidade que relatava terem chegado na maternidade com plano de parto, orientação do pré-natal e não conseguirem ser respeitadas nas suas escolhas.

A partir dessa demanda do grupo, no ano de 2016, foram realizadas atividades na cidade para dar visibilidade à violência obstétrica no município. O grupo intitulado “Mães na luta contra violência obstétrica”, no qual muitos dos integrantes foram participantes deste estudo, se formou pela dor das histórias trágicas que cada uma carregava no desfecho do seu parto, como foi o caso de Bruna.

Ela usou as redes sociais para denunciar a violência e as causas da morte do filho, que faleceu no HU, aproximadamente 50 dias após o nascimento. Ela conta que a informação, o pré-natal sobre direitos e o plano de parto que levou consigo para a maternidade não a protegeu de sofrer violência no hospital. Segue seu relato como disponibilizado nas redes sociais⁴³

21 de março, sábado, 10hrs da manhã, estourou a bolsa. Vou ao hospital Casa de Saúde com uma pasta recheada de ultrassons e exames rotineiros. A enfermeira obstétrica me pede apenas o primeiro exame para ver o tempo de gestação. Durante o trabalho de parto eu sinto meu corpo apagar, desmaiar. As dores eram insanas. Pedi para o Tailuan, chamar a enfermeira porque eu não ia aguentar. A gente sabe quando não vai. - 'Não, flor, é assim mesmo. É normal. E para cesárea teríamos que conversar com a médica sobre os valores - Disse a enfermeira obstétrica. Eu já não conseguia nem ouvir, nem falar com ninguém. Um exame de toque para monitoramento: A enfermeira não soube ver a dilatação. Ela

⁴³ <https://temosquefalarsobreisso.wordpress.com/2016/05/13/eles-mataram-o-meu-filho/>

não sabia, pois era estudante. Então, de novo, mais uma vez um torturante exame de toque. Entra uma amiga, aprendiz de doula, que me ajuda durante o processo desumano da dor, visto que durante 6 horas de trabalho de parto, apenas duas enfermeiras entraram para ver o andamento. Depois de umas seis/sete horas de trabalho de parto, dor insana, elas vêm de novo verificar os sinais. Então, os sinais do meu bebê não estavam normais. Ali era o momento para fazerem uma cesárea. Então, me levam para a sala de avaliação para a médica obstétrica avaliar. Fraca. Sem comer. Sem soro para me fortalecer e tendo apagado inúmeras vezes sou induzida ao trabalho de parto insano (o que fez com que as contrações fossem mais seguidas e curtas). Nessa sala de avaliação, os batimentos do Vicente estavam irregulares e elas não deram atenção. Ainda assim, seguiram com o parto animal. A médica dizia: 'Não, mãezinha, vai dar, tu não está te ajudando, tu tem que te ajudar'. Como se eu conseguisse controlar o meu corpo para não passar mal. 'Vamos lá, mãe, vamos tirar essa criança, dai' - diz a médica com pressa para trocar o turno. Percebia-se que elas estavam ansiosas para trocar de turno.

*Então, duas pegaram as minhas pernas para empurrar para cima. Outra empurrava a minha cabeça para baixo. A médica ficava com a mão lá dentro fazendo aquela dor, uma dor tridimensional. Eu achei que daria' - disse a médica quando meu bebê subiu de novo com um sorrisinho amarelo. Injetaram glicose para eu parar de apagar. Fizeram episiotomia pelos 8 de dilatação. E foi. Ele saiu. Mas ele não chorou. Ele nunca chorou. Eu não sentia mais nada. Foi a pior dor que eu já senti. Elas tinham praticamente matado meu filho. E eu não sabia. Mãe, ele não nasceu ruinzinho. - Disse a médica. É que tu não tava conseguindo se ajudar'. Eu me senti a pior pessoa do mundo, me senti culpada, um lixo. Eu só queria que a minha vida acabasse. Mas nem morrer eu poderia porque o pesadelo só tinha começado. Durante o período de tempo que eu fui levada ao quarto, toda a equipe já havia se mandado. O pediatra - estúpido, mal educado e hipócrita (sim, porque eu tive que ir atrás para entender o que houve com meu filho). Ele gritou comigo dizendo que não era plantonista, que o bebê nasceu mal e precisava urgente de uma UTI. E foi embora sem me dar nenhum encaminhamento, depois de muito desespero tentando mais informações sobre o caso e sendo mal atendida por toda a equipe sem empatia nenhuma, o médico volta à meia noite por causa de um parto e eu consigo um encaminhamento para tentar um leito de UTI via judicial. Gritando comigo e com a minha mãe, ele diz que estávamos pondo os pés pelas mãos. Agora eles praticamente matam meu filho por fatal erro médico e total violência obstétrica e eu estou pondo os pés pelas mãos ao tentar um leito via judicial?! Esse opressor, f%\$ %\$%, riu de nós quando amanheceu e nada havíamos conseguido. O Vicente havia evoluído e conseguido respirar, mas quando um bebê sofre de anóxia a tendência no segundo dia é de ele convulsionar. E esse querido pediatra simplesmente disse que ele estava melhor. Talvez, nem fosse necessário um leito de UTI (que não existia no momento). Na nossa segunda noite no hospital, sem encaminhamento do médico que se recusou a agilizar o processo, o Vicente convulsiona e entra em coma, então, misteriosamente, após esse episódio, o senhor doutor que trabalha há anos com crianças, consegue um leito de UTI, no HUSM, onde o Vicente seguiu internado por aproximadamente 45 dias e vem a falecer depois de outros tantos descasos médicos nesse caminho. Eles não só acabaram matando o meu filho, como mataram um pouco de mim, dos meus sonhos, acabaram com a minha maternidade, meu futuro e meus planos. Eu tô aqui, com todas as coisas dele, com o quarto dele, com a minha vida para ele e ele se foi. Agora eu estou aqui, em pedaços relatando isso porque eu estou tomando as devidas providências legais, mas eles estão lá, recebendo seus bons salários, felizes, matando mais e mais crianças inocentes. Ou fazendo de crianças saudáveis, crianças com deficiências sérias. Eles comemoraram o dia das mães. Enquanto eu, choro e lamento todos os dias porque nada vai fazer o Vicente voltar. **MAS ELES VÃO VER QUE COM MÃE NÃO SE MEXE!***

Alguns pais que haviam perdido seus filhos da mesma forma que Bruna se encontraram na UTI neonatal do HU pela paralisia e anóxia cerebral causada pelo parto violento. A surpresa para esses pais foi saber que o HU apresentava muitos casos, que inclusive estão com processos judiciais em andamento.

Durante os encontros eles perceberam os pontos em comum dos relatos de parto e buscaram informações sobre direitos da mulher e do bebê na hora do parto. Ao buscar essas

informações, perceberam o quão precário havia sido o atendimento do centro obstétrico e o quanto elas foram violentadas em seus direitos básicos.

Além de todo o quadro de dor e sofrimento que passaram nas maternidades, os pais que conseguiam levar seus filhos para casa após a alta hospitalar, ainda tinham que arcar com todas as despesas advindas das sequelas do parto nas crianças. O suporte do governo depois de muita insistência foi buscado por conta própria, sem ajuda de nenhuma instituição. A força dos movimentos sociais tem clamado por justiça pelas mortes perinatais ocorridas no HU e no outro hospital da cidade que é referência para a gestação de risco habitual, colocando as mulheres em permanente “estado de vigilância” contra a violência obstétrica.

Esses fatos geraram a busca incessante por justiça para os culpados. Esta é a maior dificuldade encontrada por estas mulheres, conseguir punição para os responsáveis. Destaca-se que os operadores do direito precisam estar preparados também para atender as demandas e estar sensibilizados para a escuta. Existem cursos de Capacitação Jurídica em Violência Obstétrica⁴⁴ montados especificamente para atender a clientela de advogados e profissionais da área jurídica que querem se qualificar com os termos técnicos da saúde e da fisiologia da gestação.

O fato de não existir uma legislação para violência obstétrica no Brasil faz com que os advogados tenham que se utilizar dos subterfúgios de outras legislações para conseguir levar adiante e embasar o processo judicial. Os amparos legais mais citados pelos advogados são provenientes da Constituição Federal, no Art. 5^a e 6^a (BRASIL, 1988), onde diz que toda a mulher tem direito à dignidade, à saúde integral e à proteção contra a violência. Conforme determina a Portaria 1.067 de 2005, do Ministério da Saúde, toda gestante tem direito ao atendimento de saúde digno e de qualidade no decorrer da gestação, do parto e do puerpério, que deve ser disponibilizado de forma humanitária e segura. Além disso, tem direito ao acompanhante de sua escolha, de acordo com a Lei 11.634 de 2005 (BRASIL, 2005), e deve ser garantida a vinculação, durante o pré-natal, à maternidade de referência, conforme determina a lei 11.634 de 2007 (BRASIL, 2007).

Pelo código de ética médica são proibidas as práticas desnecessárias que coloquem em risco a vida e a saúde das mulheres, tais como a episiotomia de rotina, manobra de kristeller,

⁴⁴ Curso promovido pela Artemis, uma organização comprometida com a promoção da autonomia feminina e a prevenção e a erradicação de todas as formas de violência contra as mulheres, através da garantia de seus direitos e implantação de políticas e serviços que assegurem a mudança efetiva do cenário atual, em direção a uma sociedade mais justa e igualitária
<http://www.artemis.org.br/single-post/2017/06/26/Curso-Capacita%C3%A7%C3%A3o-Jur%C3%ADdica-em-Viol%C3%Aancia-Obst%C3%A9trica>

cirurgias cesáreas sem indicação real, conforme disposto no artigo 15 do código civil (BRASIL, 2002). Os danos decorrentes de tais procedimentos constituem lesão corporal, conforme artigo 129 do código penal, agravada pela circunstância em que foram praticados, de acordo com o art. 61, inciso II alínea G, sendo tais danos indenizáveis na forma do art. 949 do código penal (BRASIL, 2008).

Toda e qualquer intervenção realizada pelo médico no corpo da mulher necessita ser feito com consentimento prévio e com termo de consentimento livre e esclarecido, conforme determinam os arts. 22, 24 e 31 do código de ética médica (CFM, 2009).

É proibido ao médico realizar cirurgia cesariana que resulte em nascimento prematuro sem a prévia verificação com a junta médica sobre sua necessidade terapêutica, nos termos do art. 16, alínea F do decreto 20.931, de 1932 (BRASIL, 1932). Todo profissional deve realizar sua prática com o máximo de zelo e com a melhor de sua capacidade profissional, sem discriminação de qualquer natureza, sendo objeto de atuação a saúde do ser humano e das coletividades, conforme Lei 12.842, de 2013 (BRASIL, 2013), e conforme o art. 2ª que dispõe sobre o exercício da medicina.

Todo o estabelecimento e todos os profissionais de saúde devem observar as diretrizes terapêuticas definidas pelo Ministério da Saúde, conforme art. 19 da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), considerando que o protocolo de humanização do parto configura uma política nacional de atenção obstétrica e neonatal, com vistas à redução da mortalidade materna e neonatal. Portanto, são aplicáveis tanto no SUS quanto na rede suplementar as disposições constantes nas portarias do Ministério da Saúde, 569 de 2000, 1.067 de 2005 e 371 de 2014 (BRASIL, 2000; 2005; 2014).

Os estabelecimentos de saúde que prestam assistência obstétrica e neonatal e os profissionais de saúde são obrigados a cumprir as resoluções das diretorias colegiadas, RDC nº 36, de 2008, que dispõe sobre a obrigatoriedade destes estabelecimentos seguirem a PNHPN do MS e a RDC nº 36, de 2013, que trata da segurança do paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2008; 2013).

Os casos de não cumprimento das RDC 36 implicam em penalização prevista na lei 6.437, de 1977 (BRASIL, 1977). Todas as ações atinentes à humanização do parto e nascimento são igualmente aplicáveis também nas situações de abortamento, pois cerca de 20% dos desfechos implicam em óbitos fetais.

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002) aplica-se a todas as mulheres, incluindo aquelas em situação de encarceramento e as imigrantes.

4.3.3 Representações sociais e experiências das mulheres de violência obstétrica

A maior parte das queixas das mulheres se refere a condutas de negligência e culpabilização por elas não se comportarem de acordo com as expectativas dos profissionais durante o processo de parturição. A desatenção, o desinteresse e a falta de empatia com o sofrimento delas foram explicitados nos depoimentos que seguem:

Na sala de parto também tinha umas 6 (seis) pessoas, e eu não perguntava nada porque eles eram muito intimidadores, eles não te deixavam falar, tanto que quando eu pedia ajuda eles bufavam, como se fizessem uma grande coisa em ajudar uma pessoa que está passando mal, em nenhum momento eles foram educados, sempre irritados como se tu tivesse fazendo algo assim completamente errado [...] a maioria te trata como bicho. Os médicos são imparciais, eles não te explicam nada, não conversam e como se estivessem num patamar muito acima que tu [...] Quando eu vi o médico que me atendeu no parto depois de 4 anos, chorei porque pensei: aquela pessoa não tentou ser humana, ficar no teu lugar, ele fez a minha cesárea com pulseiras, colar[...] o residente estava muito bravo porque eu teria que fazer uma cesárea, porque ele teria que preencher um monte de formulários, eu acho que eles ficam com a cabeça em outro lugar e não ali, ficam no corredor conversando, comendo (M1).

Mudaria o nível de ser humano aos quais encontramos lá dentro, pois acredito que para trabalhar nesta área deve-se ter dom e amor pelo próximo [...] Gostaria que eles reavaliassem os tais “procedimentos”, pois além de mães e bebês sofrerem e arriscarem suas vidas. Para eles somos apenas mais “um caso”, e para nossas famílias somos únicos (M4).

A maior parte dos estudos sobre a temática da violência durante o período gravídico puerperal, no Brasil, mostram que a violência é tipificada em atitudes discriminatórias e desumanas, tanto no sistema público quanto no privado. As representações sociais das mulheres sobre a violência obstétrica são de tristeza, dor e impessoalidade dos profissionais (VENTURINI, 2013; TEIXEIRA, PEREIRA, 2006). Outro fato, constatado em uma revisão integrativa que analisou artigos na última década, mostrou que a maior parte das pesquisas não está dando voz aos sujeitos que sofrem violência obstétrica, ou seja, as mulheres (MARTINS, BARROS, 2016).

Há diferentes expectativas das mulheres quanto ao parto hospitalar. Existe um descompasso entre o ponto de vista dos profissionais de saúde e o das usuárias que precisa ser levado em consideração, conforme apontam os estudos.

A pesquisa inédita Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado (FPA, 2010) trouxe resultados de cunho quantitativo até então desconhecidos sobre esta forma de violência no parto. Cerca de um quarto das mulheres da pesquisa passaram por uma

situação de violência na assistência, o que também foi referido por cerca da metade daquelas que passaram por um aborto (VENTURINI, 2013). Uma das entrevistadas relatou que passou por esta situação quando procurou o serviço em virtude de uma ameaça de abortamento:

[...] eu fiquei abalada com a fala do médico dizendo que eu estava abortando e que perguntava se eu tinha feito alguma coisa, porque eu me culpava pensando, mas o que eu fiz naquele dia, só pensava nisso e o meu marido dizia não, “mas tu não fez nada estava sentada vendo televisão”. Mas de repente, sei lá, a forma que eu estava sentada, de tanto que ele entrou na minha cabeça dizendo que poderia ser culpa minha. Eu caminhava uma quadra e achava que poderia acontecer de novo, eu não conseguia pegar um ônibus, nada (M2).

Estes comentários de julgamento e culpabilização da mulher são considerados violências psicológica e verbal (OLIVEIRA, 2015). Os relatos das mulheres reiteram pesquisas sobre a temática e a magnitude do problema para a saúde materna e a saúde pública brasileira, bem como as implicações da violência obstétrica para a morbidade e as mortalidades maternas e neonatal. Um dos depoimentos retrata esta situação:

A gente não esperava ser mal atendida e sim mais atenção, até por ser gemelar, que tivessem mais médicos, até eu precisaria fazer um ultrassom quando cheguei não quiseram fazer e agendaram para outro dia, disseram que não tinha ninguém para fazer no momento, mas a gente sabe que tem plantonista que faz. Eles não deram a importância que tinha que dar [...] meu filho morreu por causa da violência obstétrica (M3).

As mulheres consideradas queixosas, demandantes são consideradas pouco colaborativas, portanto, mais sujeitas a sofrer violência obstétrica (AGUIAR et al., 2013).

Aguentar a dor e não fazer perguntas, muitas vezes, pode ser um fator de proteção para as parturientes, como demonstrado no seguinte depoimento:

Todo mundo me falava que neste hospital não era para gritar, chorar, fazer perguntas, porque são muito estúpidos, pois acabam tratando a gente pior. Então eu e meu marido ficamos mudos praticamente, limitando-se a saber se os bebês estavam bem (M3).

A violência nesse contexto é entendida, segundo Aguiar et al. (2013), como uma forma de cuidado necessário para as mulheres que não colaboram com os profissionais. Nesse sentido, a violência se traveste de boa prática, tornando nebuloso o entendimento do que seja violência obstétrica. A entrevista de um médico coordenador do Cremers⁴⁵ a um jornal local traduz esse posicionamento⁴⁶: *Alguns procedimentos não podem ser considerados agressões e são utilizados por bons profissionais porque levam em conta o bem-estar dos pacientes. O*

⁴⁵ Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul.

⁴⁶ <http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policia/noticia/2017/10/violencia-obstetrica-o-que-dizem-maes-e-profissionais-da-saude-de-santa-maria-9940524.html>

fôrceps por exemplo, é um salvador para evitar lesões na criança e na mãe. (9 de outubro de 2017).

4.3.4 Não valorização das queixas da parturiente

Na instituição hospitalar, procedimentos e condutas desnecessárias e sem evidências científicas no momento do parto são considerados violadores de direitos (MARTINS, BARROS, 2016). Dentre essas violações a violência moral é uma delas, expondo as parturientes a práticas como abandono, desrespeito, negligência em sua dor, ou recusa de assistência (DINIZ et al., 2015; OLIVEIRA, 2015; AGUIAR et al., 2013). Os depoimentos das mulheres da presente pesquisa mostram as muitas violações destes direitos:

Me pediam para fazer força, e eu continuei desmaiando e vomitando, pedia água, não podia, e eu dizia “por favor não estou me sentindo bem” e não davam importância [...] eles vinham e saíam e me deixavam sozinha (M1).

O médico falava com o aluno sobre o que via dentro da minha vagina fazendo toque, como se eu não estivesse presente ali, como se eu fosse um objeto de estudo, e eu ali morrendo de dor. Eu disse que estava com dor e ele disse que eu teria que aguentar, pois precisava fazer o exame (M2).

A Lei Estadual nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017 (SANTA CATARINA, 2017), que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no estado de Santa Catarina, em seu artigo IV diz que não ouvir as queixas e as dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto é considerado ofensa verbal ou física. Na entrevista, M1 relatou que ficou sozinha a maior parte do tempo, sendo que existe a Lei desde 2005 (BRASIL, 2005) que garante à mulher um acompanhante durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto (período por até 10 dias) em todos os hospitais e maternidades brasileiras, públicas ou privadas, seja por parto normal ou por cesárea. Fica a critério exclusivo da parturiente a escolha do acompanhante para o momento do parto e pós-parto. Pode ser o companheiro (a), a mãe, uma amiga, uma doula ou quem a gestante quiser. Não importa se há parentesco ou não e tampouco o sexo.

As parturientes, porém, às vezes, precisam lidar com a relutância da instituição em permitir um acompanhante por fatores tais como sala pequena, sala de pré-parto compartilhada sob a justificativa de que o acompanhante atrapalha o procedimento ou que há risco de infecção hospitalar, principalmente nos casos das cesáreas. Outro fato é ter que escolher entre a doula e um familiar, ocasionado pela rotina rígida da instituição de ter somente um acompanhante.

Outra violação de direitos foi constatada no depoimento de M2, ela e o bebê foram utilizados como cobaias a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes, o que é considerado uma violência obstétrica pela Lei Estadual nº 17.097, em seu artigo XVII (SANTA CATARINA, 2017). As profissões de saúde devem primar sua assistência na priorização de valores como o cuidado e não em detrimento de competências que são deslocadas das questões éticas. Muitas vezes as parturientes são objetificadas e nem sabem que estão sendo alvo do treinamento de residentes e graduandos, como, por exemplo, em casos de realização de episiotomia e toques vaginais (HOTIMSKY, 2008). Este entendimento sobre o ensino está tão arraigado nos hospitais universitários que, ao comentar a prática dos residentes, um preceptor supervisor de campo entrevistado declarou *Esses dias houve questionamentos dos alunos estarem fazendo uma episiotomia ou uma sutura da pele em uma cesárea, mas esse é o processo de formação dele, ele tem que passar por isso para aprender (P5)*.

4.3.5 Tipificações da violência obstétrica nas representações das usuárias

A qualidade da assistência recebida no hospital é impactante para as mulheres, pois trazem prejuízos físicos, psicológicos e morais. Para elas está clara a tipificação de violência obstétrica, conforme destacado nos depoimentos:

Ninguém se identificava, o exame de toque era feito e diziam “abre a perna que eu preciso ver uma coisa [...] eu não conseguia me manter em pé e mesmo assim eu tive que ir caminhando até a sala de parto [...] a enfermeira dizia “tu é muito fresca, anda mais rápido” [...] vi que estava morrendo e comecei a pedir ajuda, e o médico dizia “para de ser fresca”, “tu esta matando teu filho”, “eu vou puxar teu filho com fórceps” [...] Trataram como se eu tivesse fazendo dengo [...] Na sala de cesárea quando eu gritei porque não tinha sentido o efeito a anestesia, mesmo assim me cortaram e o anestesista disse “já vai fazer efeito” sendo que antes não me dirigiu a palavra, tudo que eu soube que estava acontecendo comigo era o que conversavam entre si, isto é uma violência obstétrica (M1).

A queixas das mulheres referem-se, sobretudo, ao fato de não terem recebido carinho, atenção, compreensão e apoio da equipe durante o parto. A ausência de empatia foi comparada ao tratamento dado a um animal.

Eu passei por violência obstétrica neste hospital [...] colocaram um soro em mim, mas não explicaram por qual motivo [...]. De uma em uma hora estavam fazendo toque sempre por diferentes pessoas e somente diziam que iam fazer um exame [...] E eu já estava num ponto que não tinha mais forças, não aguentava mais de tanta contração. Quando chamávamos, demoravam mais de meia hora para virem. Eles agem como se a gente não tivesse ali, tratam a gente como se não existisse, nem um bicho deveria ser

tratado assim [...] no corredor quando estava indo para cesárea disse que estava com vontade de urinar, daí a médica disse que não era para colocar sonda, depois que abriu que viram que precisava porque machucaram a minha bexiga, pois estava cheia, foi aí que depois me sondaram. Fiquei com muita dor nos pós-parto, depois no posto de saúde que fiquei sabendo o que tinha acontecido, que foi o instrumento que usaram na cirurgia para abrir os tecidos que pegou na bexiga pois ela estava cheia (M3).

Eu fazia muitas perguntas a todos os profissionais que me rodearam durante todas aquelas horas, mas chegou um ponto que evitei questionar muito, pois um deles era muito mal educado, de tanto sofrimento eu implorei uma cesárea e ele respondeu que a Dilma [referindo-se a ex-presidenta da República] havia cancelado a cesárea e todo aquele sofrimento era normal, por isso se chama trabalho de parto e não férias de parto [...] Gostaria de ser atendida durante o trabalho de parto e o parto no mínimo com respeito e atenção, não como um bicho que eles não dão importância se está sofrendo ou não, pra eles é tudo normal, tudo procedimento [...] (M4).

Os questionamentos sobre os procedimentos hospitalares vêm ocorrendo desde a década de 1970, concomitante com o movimento feminista e teve grande importância para o debate sobre a humanização do parto (HOWARD, STRAUSS, 1975).

Os estudos de gênero mostram também que as relações da assistência ao parto estão diretamente vinculadas à desigualdade nas relações de gênero, com a desvalorização da sexualidade e com a “vigilância” sobre o corpo da mulher. Para Foucault (1995, p.14), *a vigilância serve como um ato de salvaguardar a disciplina, de viabilizá-la e de manter o controle do subordinado pelo superior. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo.*

Uma das questões de gênero evidenciada no trabalho de campo da presente pesquisa envolve a violência obstétrica praticada por profissionais do sexo feminino que trabalham no HU, corroborando os depoimentos das mulheres entrevistadas neste estudo sobre a falta de empatia e a indiferença dos profissionais de modo geral. Por isso, a importância de se discutir as ações de poder que permeiam a relação entre os profissionais e as mulheres, bem como seus modelos de atenção (MARTINS, BARROS, 2016).

Passei o restante da tarde com muitas dores e cada vez que ela (a médica) vinha, eu me tremia inteira, reclamei à médica que não estava suportando mais de tanta dor, pedi para que fizesse uma cesárea, ela em tom autoritário me disse: “quem era a médica era ela,” e que decidiria o melhor para mim. Eu estava muito nervosa com a situação e com dores. Minha bolsa não havia se rompido e a médica rompeu, e as dores vinham cada vez mais fortes e sentia uma tremedeira por dentro que era horrível. E como ele não nascia resolveram me encaminhar para sala de parto [...]. Na sala de parto a médica apertava minha barriga com as duas mãos [...] e eu ouvia: “você não está ajudando mãezinha”, aí quando olhei para baixo e vi uma injeção

enorme, perguntei: o que era aquilo? e a médica me disse que ia fazer um piquezinho. Eu gritei, não queria que me cortassem (M7).

A questão da hostilidade e culpabilização que as mulheres sofrem por outras mulheres reflete o patriarcado. O patriarcado conforme Aguado (2005, p. 28) é um modelo construído como um

[...] conjunto de sistemas familiares, sociales, ideológicos y políticos que determinan cual es la función o papel subordinado que las mujeres deben interpretar con el fin de adecuarse y mantener un determinado orden social. Y para ellos se han utilizado mecanismos diversos a lo largo de la historia, entre ellos, la violencia directa o indirecta, la fuerza, la presión social, los rituales, la tradición, la ley, la educación, la religión, el lenguaje etc.

Este comportamento não dá margem a qualquer hipótese de sororidade, ou seja, de uma aproximação entre mulheres identificadas pelo gênero.

Esta percepção pelas mulheres é destacada nas narrativas sob a forma grosseira, a baixa tolerância e a incompreensão do profissional para com a mulher que está gestando, negando-lhes informações sobre seu estado geral e desrespeitando suas subjetividades à dor na contração e traumatizada com o parto normal. Os depoimentos a seguir denotam estes significados:

Eu estava passando muito mal, com dor, estava ficando sem ar, meu marido chamava as enfermeiras, que eram mulheres também, elas vinham até a porta e diziam que era normal, para aguentar e para esperar, essas mulheres não tinham nenhuma empatia, fiquei traumatizada (M3).

Se fosse ouvido mais a paciente e o acompanhante não aconteceriam tantos erros [...] acho as profissionais mulheres não tem nenhuma sensibilidade com outras mulheres, ignoram muito o que o paciente e a família dizem, no meu caso foi o que ocasionou meu bebê ter passado da hora de nascer, eles são muito mal direcionados a nos tratar com falta de respeito (M4).

Não atender mulheres que se expressam através de choro, gritos, gemidos ou que pedem ajuda de modo insistente é considerado uma negligência.

No Centro Obstétrico do HU uma funcionária que trabalha há muito tempo na instituição é reconhecida pelas colegas mais novas como uma figura que tranquiliza as mulheres em trabalho de parto. Ela diz às mulheres *como devem se comportar* para passar por aquele momento com menos sofrimento. Assisti a uma destas orientações e ela se referia à parturiente como “mãezinha,” com um tom infantilizado, dizia que gritos não iriam ajudar, que tinha que respirar e fazer força para empurrar o bebê, procedimentos benéficos para

acabar com aquele sofrimento mais rápido. A palavra “sofrimento” era uma constante entre as conversas informais na enfermagem, que ouviam os gritos e os choros como algo negativo do parto normal. Visão diferente dos profissionais ativistas da humanização que percebem como algo fisiológico ao fenômeno da parturição, explicado pelo baixo estímulo do neocórtex, sinal de que a mulher está conseguindo se entregar ao trabalho de parto e mais rápido se dará o nascimento.

Algumas auxiliares de enfermagem, principalmente durante a madrugada, se utilizavam de brechas da disciplina hospitalar para empreender pequenas clandestinidades que, segundo elas, livravam as parturientes destes sofrimentos desnecessários. A solidariedade com a angústia das mulheres contrastava com a rispidez e com a maioria dos maus-tratos a que assisti, proferidos principalmente pelos mais novos no serviço, desqualificando-as e calando violentamente parturientes com dor e que gritavam.

Existe uma cultura disseminada nos serviços de que a mulher que chora ou grita recebe pior assistência, sobretudo aquelas consideradas “descompensadas” ou malcomportadas, ou ainda aquelas que expressam qualquer desagrado com a assistência, ou que insistem em serem atendidas com urgência (FIORETTI, 2014).

Nos partos, é muito comum ouvirmos dos profissionais de saúde frases como: *se comporta direitinho, não vamos judiar* ou *parto maravilhoso, ela era tão quietinha, não gemeu*.

Essa é uma forma de machismo benevolente, que se baseia em pré-concepções sobre gênero que parecem positivas à primeira vista, mas que reforçam a desigualdade de maneira mais ampla (GLICK, 1996). No entanto, como podemos observar nas narrativas abaixo, os profissionais também exercem uma forma de machismo bastante violenta, expressa em palavras desrespeitosas, grosseiras, humilhantes e debochadas. Essa forma de violência psicológica evidencia aspectos gravíssimos das faces da violência obstétrica.

Pelo fato de ser nova, o médico disse para mim “foi muito bom abrir as pernas, então agora tem que aguentar”[...] (M1).

Sofri violência obstétrica há 4 anos e 7 meses atrás. Dois dias em trabalho de parto, de 10 em 10 minutos fazendo toque enfiando aquele aparelho do preventivo. Daí imagina tu já com dor e virem te enfiar algo. Daí quando reclamei que aquilo estava doendo o médico deu uma risada e disse “ué minha querida, isso aqui é bem menor que um pênis” (M9).

Uma pessoa que não se identificou disse “tira a parte debaixo se referindo a calça e senta para aguardar o médico”, [...] Eu aguardei ali durante 20 minutos sozinha [...] sem calça e sangrando [...] daí entrou uma mulher que

não se identificou, não falou nada e disse que ia ver o que estava acontecendo, me examinou e disse “já volto” [...] E o médico disse em tom agressivo para mim que droga você usou, daí eu não entendi e perguntei como assim que droga, [...] E perguntei: mas o que está acontecendo?, e ele disse “tu está abortando”. E mesmo dizendo que não havia usado nada, que inclusive não bebia e não fumava ele me olhava com uma cara de deboche [...] na frente do computador digitando, e sem olhar para mim me disse: pode ir para casa e toma um analgésico para dor que vai ser um processo natural, “tu vai abortar não tem o que fazer não tem solução” [...] fui procurar outro serviço senão ia morrer de tanto sangrar [...] Hoje minha filha está com cinco anos (M2).

A demora em responder a estas demandas é associada a riscos aumentados de morbimortalidade materna (FOX, HOMER, 2014). A Cartilha Além da Sobrevivência afirma que durante as primeiras 24 horas após o parto, ocorrem entre 25 e 45% das mortes neonatais e 45% das mortes maternas (BRASIL, 2013).

4.3.6 Humanização versus violência obstétrica

Algumas entrevistadas, que tiveram durante a atenção primária no pré-natal o atendimento de profissionais de cunho humanizado, como eles se intitulavam, e com uma gestação com sinais de que tudo ia ocorrer sem anormalidades, se depararam com um cenário e um desfecho final totalmente diferente, tendo que lidar com situações de violência obstétrica no nível de atenção terciário.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, de fácil acesso e serviços de saúde de qualidade (BRASIL, 2005, p.10). Com ações que devem contemplar e integrar promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido desde o nível de atenção primário até o terciário. Os relatos a seguir mostram discrepâncias nesses níveis de atenção:

Eu imaginei que seria tranquilo passar pela gestação [...] imaginei que ia chegar no hospital e ia ser tranquilo, que iria ganhar de parto normal [...] achava que era uma maternidade humanizada, mas não, devido a tudo que ocorreu no trabalho de parto, meu filho nasceu, eles não me trouxeram para ver, demorou muito para chorar, e tinha uma faixa funda na cabeça. Depois me mostraram de longe, e eu via que ele não se mexia muito. Só depois quando tive acesso ao prontuário e fui ver nos papéis que ele teve bradicardia fetal [...] ainda enquanto estavam me costurando na cesárea eu tive hemorragia, e tiveram que me abrir e fechar umas três vezes, nada me explicaram (M1).

Fazia pré-natal na UBS, já tinha realizado duas consultas e estava tudo normal [...] e procurei atendimento no HU sem saber o que estava

acontecendo, achei pela referência no alto risco, era humanizada, [...] em olhar para mim o médico me disse “pode ir para casa e toma um analgésico, você está abortando” [...] ninguém me explicou o que estava acontecendo, quase perdi meu bebê (M2).

Imaginava que não fosse tão tranquilo, mas achava que iria correr tudo dentro da normalidade, pois o HU fora da região de Santa Maria tem boa fama [...] mas quando meu filho nasceu ninguém me falava nada, meu filho não chorou quando nasceu, depois na UTI que fiquei sabendo para respirar pois aspirou mecônio (M4).

A Humanização na obstetrícia veio com o intuito de dirimir procedimentos e rotinas hospitalares que perpetuam a violência obstétrica. Atualmente, os significados de parto humanizado e da violência obstétrica são muitos. Perpassa desde a redução de taxas de cesáreas, que para alguns é considerado uma violência obstétrica, quando realizada sem indicação, até em um atendimento focado na necessidade de cada gestante.

Para o Ministério da Saúde e a OMS, a Humanização do Parto é uma questão de saúde pública, de incentivo ao parto normal, com o uso das boas práticas de atenção ao parto e nascimento, consideradas aquelas que estão pautadas nas evidências científicas atualizadas.

Para as mulheres, a Humanização é o respeito às suas escolhas culturais, psicológicas e informação com ênfase mais nos aspectos intersubjetivos, no seu bem-estar e do bebê. Entre os profissionais de saúde há aqueles que pactuam do ideário da humanização, que têm suas convicções voltadas para as políticas públicas de saúde, levando sempre em consideração o protagonismo da mulher. Há os profissionais que estão atuando dentro do cenário da biomedicina, quer dizer, a maior parte que está trabalhando nos serviços de saúde. O ideário para estes trabalhadores é relativo às questões propriamente técnicas da intervenção no processo do parto. As práticas se baseiam não em razões propriamente científicas, mas a partir de interesses próprios e do sistema na qual se inserem.

Dentro dos próprios movimentos e correntes de pensamento sobre o parto não há uma homogeneidade, porém um aspecto que chama atenção é que nos documentos do movimento da humanização a referência ao parto de cócoras é constante, ao passo que nos da OMS fala-se em parto vaginal normal e, às vezes, em posição vertical. Outro fato é que a preocupação na maioria das vezes se dá com a redução das cesáreas, sem levar em consideração ou se importar em como chegar ao nível considerado adequado pela OMS de 15%.

Com o cuidado deve-se mostrar todas as opções à mulher com base na história do pré-natal e no desenvolvimento fetal e acompanhar essas escolhas intervindo o menos possível e exercitando o encontro do ser profissional com o ser parturiente (ZAGONEL, 1997 apud

MARTINS, RAMOS, 2005), conforme o relato seguinte, que aborda o pré-natal na atenção básica:

A expectativa era que tudo ia ser normal, eu me cuidava bastante fazia pré-natal no posto de saúde, participava de grupo de gestantes, por ser gemelar fui encaminhada para o pré-natal de alto risco, estava com 3 meses, achávamos que lá ia ter mais assistência e atenção, mais não foi assim. Fiz umas 14 consultas de pré-natal no hospital e não tinha grupo de gestantes [...] Além do fato de ter sempre profissionais diferentes em cada consulta, e com isso ter que contar tudo e explicar novamente desde o início a minha história. As consultas se resumiam a ver BCF, pressão, solicitar exames e USG [...] As ultrassonografias foram realizadas no hospital, a aluna fazia, o professor ficava em outra cadeira e eles ficavam conversando coisas entre eles que não tem nada a ver com o hospital, com a minha gestação. A gente perguntava e a resposta era ríspida ou perguntava para o professor e ele não respondia, por isso que muitos fizemos particular com muito mais atenção e cuidado [...] A 1ª gemelar que estava embaixo nasceu e foi direto para UTI neonatal, a outra bebê estava em óbito, sendo que um dia anterior tinha feito ultrassom no hospital e estava bem, auscultaram no pré-natal e durante o trabalho de parto e tinha batimentos, mas a médica que fez a cesárea disse que já fazia um mês que estava morta pelo estado que retiraram o bebê (M3).

A pesquisa online Teste da Violência Obstétrica foi uma blogagem coletiva (74 blogs publicaram o Teste), onde participaram duas mil mulheres nos meses de março e abril de 2012 e que mostrou que metade delas estava insatisfeita com a qualidade do cuidado oferecido no atendimento dos serviços de obstetrícia (FRAZON, SENA, 2012).

Neste, 53% das mulheres relataram desrespeito e abuso durante o pré-natal e parto, com violações dos direitos humanos básicos das mulheres, estabelecido em várias declarações, dentre elas a Declaração Universal dos Direitos Humanos (FRENKEL et al., 2013).

4.3.7 A segurança hospitalar questionada

A violência obstétrica institucional está diretamente ligada à forma como os serviços são oferecidos e a literatura aponta como fatores desencadeadores deste tipo de violência a falta de estrutura adequada, recursos físicos e humanos precários, sendo as mulheres vítimas também da violência estrutural.

As técnicas do nascimento e da obstetrícia sofreram grande influência de diversos fatores, mas nenhuma teve tanta repercussão quanto o processo de industrialização, que marcou o começo de um novo paradigma, conhecido como modelo tecnocrático (FLOYD, 2001). O cuidado oferecido à parturiente neste modelo é pautado na medicalização e, conseqüentemente, na institucionalização hospitalar (BRUGGEMANN, 2001).

Os hospitais são como pequenas sociedades, que possuem cultura, regras, tradições, rituais, hierarquia, vestimenta e linguagem própria. O ser, ao se inserir numa instituição social hospitalar é separado da sociedade por um período e lhes impõe uma vida fechada sob uma administração rigorosamente formal que se baseia no discurso de atendimento aos objetivos institucionais, apresenta a tendência de “limitação”, o que vai simbolizar o seu caráter “total” (GOFFMAN, 2001). As falas a seguir denotam estas percepções:

Sai e encontrei o meu marido e familiares que estavam abalados e chorando ali fora aguardando, e não sabiam de nada do que estava acontecendo, entrei lá dentro e fiquei isolada, e por isso resolveram me levar, achei que esse era referência para estes casos. [...] E eu queria sair ali de dentro de qualquer forma, pela forma de atendimento que recebi naquele hospital (M2).

A vivência de ter passado pelo trabalho de parto e parto no Husm foi horrível, assistência foi péssima no geral, pior que imaginei. Se futuramente tiver mais filhos, em hipótese alguma quero passar pelo CO [...] fui muito mal atendida e maltratada [...] Fiquei por 3 dias internada, muito arrasada por estar passando por aquele pesadelo, ninguém falava nada [...] acabei tendo infecção. Gostaria que algo mudasse neste sentido lá dentro nesta área, pois eu e meu filho saímos daquele hospital com vida, apesar dos erros médicos, mas vejo muitos casos que não acabam bem, ou o bebê fica sequelado ou perde a vida (M4).

Os hospitais que seguem a Política Nacional de Humanização (PNH) da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) estão buscando uma estratégia a fim de interferir em problemas e desafios postos pelo cotidiano do trabalho em saúde, como apontado nos depoimentos.

A intenção é coibir modos hierarquizados e autoritários dos serviços de saúde; formas verticalizadas de comunicação; relações de trabalho precarizadas que podem acabar levando os profissionais a atitudes rudes com os usuários; tratamentos invasivos e desrespeitosos; procedimentos que alijam as pessoas de suas redes sociofamiliares; ações terapêuticas que focam na doença e em sua extirpação, considerar o sujeito, suas condições, suas necessidades e seus projetos de vida, entendidos como “desumanizadores” (BRASIL, 2013). As falas a seguir mostram que não está se levando em consideração atitudes humanizadoras na instituição:

Por isso que quando engravidei não pensava em outro hospital, eu pensava que estava segura, porque tem UTI neonatal, achei que estava num hospital preparado e humanizado. Quando fomos buscar entender o que tinha acontecido todo mundo corria da gente, só depois fui saber e entender, porque eu solicitei o meu prontuário [...] estou pagando as despesas do tratamento de reabilitação do meu filho por meios próprios [...] No ano que

eu comecei a ir para fisioterapia eu vi mães que também sofreram e muitas não tiveram o desfecho de ter o filho vivo, ou outras que sofreram no parto e o filho ficou com sequela como o meu, mas a maioria não leva adiante processo, as pessoas me dizem que não vai adiantar (M1).

A minha experiência não foi boa, se tivesse que ter outro filho teria muito medo, neste hospital eu não iria, mesmo sendo a referência para o alto risco e dito humanizado. O meu marido [...] encontrou o médico que fez a cesárea e perguntou se tudo estava bem, e ele foi bem estúpido e disse o que é que ele estava fazendo lá, que a filha dele tinha morrido que era para ir para casa. Mas ele estava pegando os papéis para o necrotério, só queria saber mais porque ninguém falou o que tinha que fazer, ele estava perdido, com uma filha na UTI neonatal e eu na recuperação. Depois, quando queríamos saber mais, eles só diziam que não era com eles (M3).

Entende-se que a complexidade das questões relacionadas à “humanização” já se inicia com a utilização desse termo pela inadequação para designar o que pretendem as práticas de saúde, que geram equívocos por apenas simplificar as estratégias de intervenção baseadas em concepções. Como pensar que todo ser humano é essencialmente bom e que bastará então orientá-lo, educá-lo, “sensibilizá-lo” para o exercício desta “bondade” para com o próximo, que a humanização vai ocorrer (SÁ, 2005)

Existem diferenças importantes entre os profissionais de saúde sobre o significado de humanização e isto está geralmente associado à visão de mundo que cada um concebe no contexto social onde vive. Quando as visões são díspares, as expectativas de uns acabam esbarrando na de outros, acarretando conflitos entre as equipes de trabalho (SILVA, 2016).

Esse cenário suscita indagações sobre a efetividade de estratégias prescritivo-normativas, que não problematizam o contexto social e político-institucional em que se inserem, não entendendo a “humanização” ou a mudança das práticas de saúde como resultante de fatores de ordens intersubjetivas e inconscientes dos sujeitos (SÁ, 2009). Para Cristophe Dejours, a cooperação é impossível de prescrever. Ordenar a cooperação (e, poderíamos dizer, a ‘humanização’) é como ordenar o amor, numa ordem do tipo: *amai-vos uns aos outros, cooperai uns com os outros* (DEJOURS, 1999, apud SÁ, 2009, p.29).

Ao buscar entender o problema por uma faceta estrutural, um estudo mostra que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; a falta de leitos, a deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais; a atenção centrada na prática intervencionista desconsiderando o protagonismo da mulher no momento do parto; e o despreparo dos profissionais de saúde e gestores para a atenção humanizada no processo de parturição são fatores impeditivos para concretização do PHPN (BUSANELLO, COSTA, PINHO, 2009).

Infelizmente, a maternidade estudada não é um local onde se pode combinar o desejo de parir de forma considerada natural com as vantagens de um atendimento hospitalar. Em 15 de fevereiro de 2018, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) divulgou novas recomendações para garantir que grávidas saudáveis tenham uma experiência positiva na hora do parto natural.

O principal objetivo é reduzir intervenções médicas desnecessárias, tanto para as mulheres quanto para os bebês. Após o nascimento, a OMS recomenda que os recém-nascidos sem complicações façam o contato pele a pele com a mãe na primeira hora após o nascimento, para prevenir hipotermia e para estimular o aleitamento. O banho deve ser dado apenas 24 horas após o nascimento e, se isso não for possível por razões culturais, a OMS pede que sejam esperadas no mínimo seis horas. Mãe e bebê não podem ser separados no hospital e devem ficar juntos 24 horas por dia (OMS, 2018).

Práticas bem semelhantes também foram encontradas por Tornquist (2004), que fez a etnografia de um HU com vários títulos, dentre eles o de IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) e o de Maternidade Segura, que o tornavam referência para o parto humanizado no município e na região.

São muitos os caminhos a percorrer no HU do estudo para se chegar a uma posição de destaque no cenário do nascimento, já muito bem estabelecido por maternidades que são referência no Brasil, como a Maternidade Sofia Feldman em Belo Horizonte ou Leila Diniz no Rio de Janeiro.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Tirar o jaleco” é a metáfora mais adequada para narrar toda a trajetória e o cerne deste trabalho, visto que eu, a pesquisadora, sou parte do cenário da pesquisa que visou investigar o cotidiano da assistência ao parto em um hospital universitário. Se esse fato, por um lado, pode ser uma limitação para o estudo, por outro, trouxe uma experiência ímpar que foi contada no decorrer deste trabalho.

Estudos como o de Torquinst (2004), realizado em uma maternidade do HU da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), confirmam a importância dos HUs como campos de pesquisa antropológica, em especial quando se trata de pensar os dilemas do parto hospitalar na contemporaneidade. O autor destaca que a maternidade da UFSC, quando construída nos anos 1990, foi um serviço de vanguarda e de atendimento diferenciado, dentro do ideário da humanização.

Fazer uma pesquisa num ambiente que me é familiar trouxe grandes desafios de ordem metodológica e emocional. Do ponto de vista metodológico foi necessário fazer uma imersão nas teorias e métodos socioantropológicos, enquanto que do ponto de vista psicológico precisei exercitar um olhar e um estranhamento sobre minha prática como enfermeira obstétrica para focalizar meu objeto de investigação sob a ótica da pesquisa.

A literatura científica, sobretudo a do campo da saúde pública, tem criticado fortemente o fato da academia formar os profissionais de saúde para atuar dentro do modelo de atenção biomédico. Os partos considerados fisiológicos, isto é, aqueles que baseiam seu cuidado nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento segundo a OMS (1996), são pouco vistos e ensinados neste universo de atenção obstétrica.

As práticas consideradas iatrogênicas, desnecessárias na maioria das vezes, acontecem pela inexperiência dos alunos em processo de formação, associadas a supervisão inadequada dos professores, preceptores que deveriam dar o suporte e os ensinamentos sobre as evidências científicas. É necessário, portanto, conhecer como alguns consensos e protocolos vigoram nos estabelecimentos de saúde e passam a ser naturalizados. Isso é importante, pois a morbimortalidade materna e neonatal está fortemente associada ao uso de práticas obsoletas e que não estão respaldadas em evidências científicas.

No estudo etnográfico de Bonet (2004) sobre o cotidiano da residência médica em um hospital escola, o processo de atividades que compõem o aprendizado médico mostra que há um sistema em cascata, com os detentores de um conhecimento intermediário ensinando aos

menos experientes. O não envolver-se com o sentir faz parte do cotidiano da prática médica, o que ele denomina de tensão estruturante entre o conhecimento teórico e o sensível frente ao paciente.

Esse fato também foi observado na presente pesquisa, sobretudo nos depoimentos das mulheres que percebem a violência obstétrica pela impessoalidade e frieza como são tratadas pelos profissionais. Elas destacaram diferentes formas de violências obstétricas sofridas. A não valorização das suas queixas, a negligência, a culpabilização por elas não estarem se comportando dentro das expectativas esperadas pelos profissionais são algumas das principais reclamações. Outras tipificações de violência relatadas pelas mulheres foram o medo do parto normal, constatado pela partofobia que fez uma gestante buscar na justiça o direito pela cesárea a pedido no HU. Também a episiotomia sem consentimento e sem necessidade, considerada por uma entrevistada como uma experiência traumática, trouxe prejuízos para a sua vida sexual acarretando na sua separação conjugal.

Os movimentos sociais de mulheres que passaram pela violência obstétrica estão buscando por justiça e trazendo a informação ao público dos direitos e políticas públicas que beneficiam as mulheres durante a gestação, parto e puerpério. São mortes neonatais e sequelas nos bebês, descritos nos relatos das participantes desta pesquisa que estão sendo objeto de investigação civil e criminal sobre as práticas obstétricas que elas consideram danosas para a sua saúde e a dos neonatos.

As práticas iatrogênicas que se perpetuam sem respaldo científico no HU e são contadas na descrição de casos atendidos, interferiram para sempre na vida das mulheres e seus bebês. Além das intervenções como kristeller, episiotomia, uso de ocitocina e posição supina sendo utilizadas de forma recorrente nos atendimentos.

A ausência de protocolos definidos no HU coloca em risco a segurança do paciente. Na verdade, há protocolos validados, mas não colocados em prática. O preceptor médico de plantão goza de total autonomia para a tomada de decisões, transferindo a ele próprio toda a responsabilidade pelo atendimento. Não há *rounds* entre equipe multiprofissional, as passagens de plantão são feitas por núcleo profissional que se restringe neste caso à enfermagem e à medicina. A maioria das práticas seguem condutas que não estão nos *guidelines*⁴⁷, considerados padrão ouro nas evidências científicas.

Uma das grandes questões, durante o período de observação em campo, foi verificar a diversidade e as mudanças de condutas que eram realizadas principalmente pelos profissionais da medicina, pois é esta categoria profissional que detêm a responsabilidade pelo desfecho

⁴⁷ Orientações de segurança que ajudam a evitar acidentes.

final das mesmas. Associado a isso há comunicação ineficaz entre as equipes, gerando conflitos e estresse entre os profissionais pela falta de interação.

Isso trazia um sentimento de muita insegurança para as mulheres. Presenciei várias vezes a discordância de conduta entre profissionais da equipe, até mesmo no mesmo turno de trabalho. Como, por exemplo: um era a favor de se manter a conduta para parto vaginal e o outro queria encaminhar a mulher para cesárea. A parturiente sem entender muito bem o que acontecia, era orientada em alguns momentos a deixar de se alimentar, pois há necessidade do tempo de jejum para realizar a cesárea de acordo com o protocolo institucional, para logo depois ser orientada a voltar a comer.

Este empirismo no processo de ensino-aprendizagem remete a dúvidas sobre o processo de formação na área de obstetrícia. Muitas vezes surgem questionamento em processos pedagógicos que deveriam estar resolvidos, tais como quem vai supervisionar os doutorandos, os residentes, e o que o doutorando pode fazer e até onde vai o seu respaldo.

O residente do primeiro ano (R1) está aprendendo com o do segundo ano (R2) e conseqüentemente com o do terceiro ano (R3) e eles também ensinam aos doutorandos. Junto a um residente da ginecologia e obstetrícia está sempre presente um doutorando, isto quer dizer que este aluno terá como espelho de suas práticas na obstetrícia tudo que aprender durante este processo.

Os residentes integram a força de trabalho médica do hospital, os preceptores são chamados quando necessários pela equipe. É uma equipe composta de residentes da ginecologia e obstetrícia, residentes multiprofissionais e doutorandos e a equipe *staff*, composta de médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliar de enfermagem e psicólogo, fisioterapeuta e assistente social, que são chamados quando necessários. Ocorre muitas vezes um excesso de abordagem, sem o devido cuidado da leitura prévia do prontuário e pela falta de diálogo entre as equipes de cada setor, a fim de tornar aquele atendimento resolutivo, eficaz e seguro.

O diálogo deficiente gerado por interesses profissionais distintos, onde não há aceitação de critérios coloca em risco a segurança do paciente. Os casos de omissão estão sendo denunciados no sistema de vigilância hospitalar (Vigihosp). Esta ferramenta tem se tornado um dos meios de comunicação de escuta das demandas de cada profissional, que se sente protegido pelo sistema, pois é preservado o seu sigilo e, com isso, fica livre de retaliações por parte do denunciado.

O setor é restrito, fechado, para entrar é necessário digitar uma senha de acesso ao lado da porta e não há janelas para o exterior. Há sinal de celular somente em alguns pontos do CO, locais onde pacientes e acompanhantes não tem acesso.

Portanto, a parturiente fica incomunicável, o que gera um estresse já que são mulheres que abandonam seus afazeres no domicílio ou fora dele e para aquelas que têm filhos pequenos em casa é um fator de grande ansiedade. É um espaço relativamente pequeno, com um grande número de pessoas circulando, o que torna as relações muito próximas e, portanto, sujeitas a desgastes e atritos que se exacerbam mais ainda quando há superlotação. Por ser o único serviço de referência para a gestação de alto risco no município e região, acaba abarcando também as mulheres de risco habitual devido aos fechamentos recorrentes do serviço que atende estas parturientes no município.

Ao longo da pesquisa, transparece o sentimento de desvalorização do conhecimento da enfermeira obstétrica (EO) no atendimento ao parto, enquanto profissional integrante da equipe multiprofissional.

As falas das enfermeiras revelam ressentimento sobre o não reconhecimento pela instituição. Mesmo as enfermeiras com especialização obstétrica, que recebem conhecimento dentro das boas práticas, não conseguem desenvolver uma das estratégias da PHPN, que é de assistirem aos partos considerados de risco habitual.

As ações de enfermeiras no CO são de gerenciamento do plantão, organização das escalas de trabalho dos técnicos de enfermagem, assistência nos casos de maior complexidade e realizar o acolhimento com classificação de risco.

A permanência do modelo biomédico conta também com a conivência de alguns profissionais da enfermagem. Contudo, há profissionais dessa área que buscam a reversão do modelo vigente, o que ficou evidenciado nas narrativas que revelam a falta de legitimidade e autonomia da enfermeira obstétrica.

Os partos fisiológicos observados durante a minha estada no campo aconteceram porque o médico não conseguiu chegar a tempo de intervir dada a ausência de tempo hábil, ou a mulher chegou no período expulsivo, ou a parturiente deu à luz durante o percurso até o hospital.

O fato de ser um HU torna imprescindível a tarefa de formação dentro das evidências científicas, mas a realidade que assistimos é um contrassenso gerado pela defasagem do ensino que não está em consonância com as políticas públicas de saúde, tais como a Rede Cegonha, instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde. O HU tem buscado alcançar metas e indicadores para que as propostas de humanização sejam implementadas, duas delas estão

funcionando: o Acolhimento com Classificação de Risco e o respeito parcial à Lei 11.108 do acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Não é permitido a entrada do acompanhante durante a avaliação no box de consulta. E quanto à sala de recuperação anestésica da cesárea, estava em processo de discussão a abertura para entrada do acompanhante, com resistência de algumas enfermeiras.

Atualmente, o projeto Apice On (que propõe a qualificação da atenção obstétrica neonatal em 95 hospitais universitários que atuam como unidade auxiliar no Âmbito da Rede Cegonha), no qual o hospital se cadastrou ao final do ano de 2017, veio com o intuito de reverter este modelo e está tentando minimizar estas questões, incluindo enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e reduzindo o número de cesáreas, que é maior que de partos normais. Acredita-se que esse projeto venha para minimizar os danos causados pelas práticas iatrogênicas que se perpetuam sem respaldo científico, observadas e mencionadas pelos profissionais durante a pesquisa, dando uma luz no fim no túnel, tão necessária e crucial para os HUs do Brasil.

É corriqueiro também no HU, as pacientes pressionarem pelo pedido da cesárea durante o trabalho de parto. Mesmo que seja um pedido sem clareza da intencionalidade, se percebeu uma falta de entendimento do que seja “normal” para as parturientes. Associado a isso, encontra-se o despreparo dos profissionais na condução do processo da parturição em lidar com a situação fisiológica do momento. Isso é um fator que desencadeia um estresse incomensurável de sentimentos para mulheres, profissionais e acompanhantes que estão presentes naquele ambiente de parto.

As parturientes que estão em trabalho de parto perdem sua privacidade pelo fato do ambiente estar separado somente com cortinas. Isso gera uma ansiedade entre as gestantes que não estão em trabalho de parto, assim como em acompanhantes que escutam os gemidos e gritos e os pedidos de cesárea das parturientes. Muitas vezes, o pedido pela realização de cesárea é induzido pelo medo, ao ouvir o sofrimento das mulheres em trabalho de parto, sem que haja uma distinção entre a dor fisiológica e a provocada pela violência obstétrica de rotina.

A violência obstétrica se manifesta também na ambiência do serviço. A planta física do Centro Obstétrico não se adequa em alguns itens conforme Resolução RDC 36, de 03 de junho de 2008, que torna o ambiente das maternidades humanizados, com a implantação de quartos PPP em Centros Obstétricos e a adequação dos Alojamentos Conjuntos, garantindo conforto e privacidade para mães, bebês e seus acompanhantes. (BRASIL, 2008b). Neste CO há somente um banheiro para todas as mulheres que estão internadas, inclusive para as que

necessitam de isolamento. Presenciei em vários momentos durante a pesquisa a presença de sangue e secreções no vaso sanitário, e mesmo assim sendo utilizado por parturientes porque não havia outro modo naquele momento, e pela urgência da necessidade, sem tempo de hábil do serviço de limpeza adequado. Os períodos clínicos do parto não são assistidos no mesmo ambiente, a mulher no período expulsivo é transferida para uma sala de parto, sendo obrigada a controlar o puxo involuntário para não parir no percurso.

É importante que o currículo e a qualidade da formação em obstetrícia sejam discutidos pelos professores e profissionais de saúde da ponta. O ensino não pode estar desconexo do que acontece no mundo externo, pois a academia forma os profissionais para a sociedade.

Os questionamentos para futuros estudos que esta pesquisa suscitou são de várias ordens. Em primeiro lugar, o hospital é uma estrutura de biopoder, e o HU alicerça a formação de médicos. Trata-se de uma instituição hospitalar de ensino com o foco na formação de médicos, pois a própria história do HU está vinculada ao início da Faculdade de Medicina e à fundação da Universidade. O fato de haver profissionais de outras áreas não modifica este cenário. Existe uma precária interação profissional nas equipes de trabalho, e uma ineficiente interação intersetorial e interinstitucional dos diferentes níveis de complexidade do sistema. O HU do estudo é uma *ilha*, trabalha isolado do restante do sistema público de saúde, apesar de pertencer ao SUS. Um exemplo disso é não haver sistema de referência e contrarreferência de gestantes, puérperas e recém-nascidos dos casos atendidos no HU.

As mudanças para outro modo de enxergar o processo de parturição, conectado com todas as forças da vida e da cultura das mulheres pode possibilitar a construção de um paradigma humanístico considerado como a expressão de um tempo, de uma cultura e de um avanço das práticas obstétricas do parto, com a convivência, quiçá, de múltiplos paradigmas da assistência.

O ensino e a prática nos hospitais universitários demandam importantes mudanças. Nos círculos acadêmicos mais preocupados com bons resultados, o uso de evidências científicas é realidade, sendo buscada a todo tempo. A incorporação de recomendações simples, como, por exemplo, deambular ou não usar a prática de acesso venoso de rotina pode ser uma oportunidade de reflexão necessária nesse espaço dominado pelo tecnicismo, assim como ajudar os profissionais a desenvolverem uma atenção preventiva e de certa maneira “contemplativa”. A incorporação de práticas com fundamentos científicos e que respeitem o pertencimento do parto a quem de fato é a protagonista desse evento, pode ser muito

recompensador para os profissionais de saúde entenderem que são apenas coadjuvantes deste processo. Também seria importante escutar como os profissionais de saúde se sentem, afinal eles também são mobilizados por sentimentos muitas vezes não expressos, mas que atravessam suas práticas.

Para uma boa parte dos profissionais deste estudo o conceito de violência obstétrica precisa ser discutido e problematizado à luz de suas práticas. A violência obstétrica foi apontada pelos profissionais como sendo parte do despreparo e da falta de conhecimento das mulheres sobre parto, fator esse que necessita ser corrigido no pré-natal. Nesse sentido, percebeu-se que na visão dos profissionais, as mulheres que se encontram vulneráveis à violência no parto são culpadas por não saberem parir. A falta de aprofundamento entre os profissionais sobre o que é violência obstétrica leva a um esvaziamento do debate, um entendimento superficial, a um “jogo de empurra” de quem é a culpa que justificaria as práticas iatrogênicas. E assim se perpetuam práticas obstétricas para as quais não existem evidências científicas.

A observação da condução das práticas no hospital universitário deste estudo corrobora a visão de Floyd (2001), de que estão sendo pautadas no modelo de atendimento tecnocrático e de violação dos direitos das mulheres e seus filhos a um tratamento digno.

As relações de poder estão postas entre as enfermeiras e os médicos de forma explícitas ou implícitas, conscientes ou inconscientes. Há centralidade do médico no parto no HU, ainda que se tenha uma lei que ampara o exercício profissional da enfermeira obstétrica.

Como questões sobre o processo de parturição que sugerem uma maneira de cuidar violadora, pode-se mencionar os protocolos estabelecidos não serem seguidos, o que pode colocar em risco a segurança do paciente. O hospital de ensino baseia a maioria do conhecimento no sistema de aprendizagem empírico, tendo o caos sido instalado no processo formativo.

O serviço desestruturado e com um grande número de profissionais sem comunicação efetiva é um reduto de problemas na assistência, o que gera um cuidado prestado de modo inseguro e sujeito a erros.

É de suma importância repensar também a qualidade de ensino da obstetria para todas as áreas de conhecimento envolvidas no processo da parturição, numa visão interdisciplinar.

Os pontos a serem revistos no hospital universitário de imediato são: capacitar e qualificar o Acolhimento com Classificação de Risco; capacitar os profissionais na condução do processo da parturição para lidar com a situação fisiológica do parto.

Por todos estes aspectos, vistos ao longo deste estudo, necessitamos realizar um exercício constante de humanizar-se e humanizar, para além das políticas públicas e seus protocolos, para além das leis que buscam garantir o direito das mulheres à assistência na gestação, parto e puerpério, espera-se que as mudanças ocorram de dentro para fora também nos serviços de saúde.

Neste sentido, nos questionamos como promover rupturas com o biopoder estrutural do hospital do estudo e como fortalecer a transição do paradigma tecnocrático para o humanista. Podemos afirmar que algum movimento, mesmo que ambivalente, entre os profissionais da saúde que atuam nesse hospital, vem promovendo pequenas mudanças nas práticas iatrogênicas.

Algumas recomendações podem ser sistematizadas a partir deste estudo, no sentido de colaborar para a promoção do processo de parturição humanizado:

- É imprescindível que a tarefa do ensino forme os discentes dentro das evidências científicas a fim de qualificar continuamente o cuidado ao parto.
- É crucial implementar a política de humanização do parto, a exemplo do cumprimento da lei do acompanhamento familiar durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato de forma efetiva e também de ambiente PPP (pré-parto, parto e pós-parto no mesmo local) na maternidade que estimule a fisiologia do nascer.
- Valorização de outros modelos que insiram dispositivos de clínica ampliada, como discussão de casos clínicos e reuniões de equipe multiprofissional a fim de tornar as relações entre os profissionais de saúde menos desiguais e centradas somente no médico.
- Ampliação do diálogo com o sistema de saúde e com o trabalho em rede, a fim de dirimir o estrangulamento que o HU vive atualmente, como constatado nos depoimentos de superlotação, cesáreas em excesso, ausência de protocolos, profissionais estressados e desvalorizados, culminando em violência obstétrica.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução RDC Nº 36, de 03 de junho**, dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal -Brasília- DF, 2008b.

AGUADO, A. Violência de género: sujeto femenino y ciudadanía en la sociedad contemporánea. In: CASTILLO-MARTÍN, Márcia; OLIVEIRA, Suely de (Org.). **Marcadas a Ferro**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005, p. 23-34.

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero**. São Paulo. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, 2010.

ALVES, M.T.S.B.; SILVA, A. A M. S (ORGS.) **Avaliação da qualidade de Maternidades - Assistência à mulher e seu recém-nascido no SUS - UFMA/UNICEF - São Luís**, 2000.

ALBUQUERQUE, V.S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudanças na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-62, 2008.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre. Artmed, 2009.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil) **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas/ Agência Nacional de Saúde Suplementar**. – Rio de Janeiro: ANS, 2008. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf>. Acesso em 05 nov. 2018.

ALMEIDA FILHO, N. Relatório Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, dez, 2010.

AQUINO, M. L. E. et al. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19(Sup. 2), p. S198-S199, 2003.

ARENDT, H. **A condição humana**. Trad. Roberto Raposo. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

AZEVEDO, J.R. Das comadres no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.1, n, 1-2, p.279-81, 1908.

BARREIRA, I. de A. Contribuição da História da Enfermagem Brasileira para o desenvolvimento da profissão. **Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery**, v.3, n.1, p.125-141, abro 1999.

BRASIL. CONGRESSO NACIONAL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932**. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1932.

_____. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Programa de Integração Docente-Assistencial** - IDA. Brasília, 1981.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (PAISM)**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Secretaria de Ensino Superior. **Residência Médica/Latu sensu**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu>>. Acesso em: 30 Jul. 2008.

_____. **Portaria Interministerial MEC/MS nº 865 de 15/09/2009**. Publicado no DOU em 16 set. p.42, 2009.

_____. 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 República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF nº 121, de 27 de junho de 2011a.

_____. **Portaria Nº 743 de 20 de dezembro de 2005**. Padroniza o laudo para emissão de AIH – Autorização de Internação Hospitalar, definiu o Laudo de Enfermagem para emissão de AIH de parto normal por enfermeiro obstetra. Brasília- DF, 2005b.

_____. **Portaria nº2815, de 29 de maio de 1998**. Institui o procedimento parto normal realizado por enfermeiro obstetra no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p.47-8, 02 de junho 1998a.

_____. Portaria SAS/MS nº 163. **Cria o laudo de enfermagem para emissão da AIH de parto normal**. DOU de 22 de setembro de 1998b.

_____. **Portaria nº. 2883, de 04 de junho de 1998**. Institui o Prêmio Nacional Profº Galba de Araújo. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p. 24 de 05/06 de 1998c.

_____. **Portaria nº2.816, de 29 de maio de 1998**. Estabelece critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, seção 1, p.48, 02 de junho de 1998.

_____. **Portaria nº985, de 05 de agosto de 1999**. Criação dos Centros de Parto Normal-CPN no âmbito do sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de agosto de 1999.

_____. **Portaria nº569/GM de 01 de junho de 2000**. Estabelece o Programa de Humanização do Pré-natal e do nascimento. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 de junho de 2000a.

_____. **Assistência Pré-natal. Manual técnico**. Brasília, DF, 2000b.

_____. **Urgências e Emergências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Secretaria de Políticas de Saúde; Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c,

_____. **Parto, Aborto e Puerpério**. Assistência Humanizada à mulher.. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Febrasgo/ABENFO, 2001.

_____. **Política Nacional de Humanização: PNH.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Portaria nº 1044/GM Em 1º de junho de 2004.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. **Portaria nº. 1.067, de 4 de julho de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Ministério da Saúde, 2005.

_____. **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. Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Resolução nº 466, sobre pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, 2012a.

_____. **Indicadores de mortalidade: Razão de mortalidade materna.** 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Dados de 2012. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos %u2013 SINASC e SIP/ANS.** 2013a.

_____. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013- **Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implanta o e habilita o dos serviços de referência   Aten o   Saúde na Gesta o de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, de 29 de maio de 2013c.

_____. Secretaria de Aten o   Saúde. Departamento de A o es Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de aten o ao parto, benéficas para a nutri o e a saúde de mães e crianças.**  rea Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. 1. ed., 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013d.

BRASIL. **Código Penal.** Decreto-Lei n  2.848, de 7 de dezembro de 1940. Vade mecum. São Paulo: Saraiva, 2008.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE A O es PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Gesta o de alto risco: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Aten o   Saúde, Departamento de A o es Programáticas Estratégicas.** – 5  ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Apice On - Aprimoramento e Inova o no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia.** Brasília/DF, agosto de 2017.

_____. **Além da sobrevivência:** práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Código civil- Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002.** Art. 15." Ninguém pode ser constrangido a submeter-se, com risco de vida, a tratamento médico ou a intervenção cirúrgica". Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2002.

_____. Lei nº 12.550, de 15 de dez 2011. **Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH.** 2011c.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 292 p, 1988.

_____. **Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977.** Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1977.

_____. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2007a.

_____. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003.** Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2003.

_____. **Lei nº 11.108.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005.

BRASIL. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Decreto n. 94.406/87. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre o exercício da enfermagem e da outras providências,** 1986.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA MULHER (Brasil). **I Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres.** Brasília, 2005a.

_____. **II Plano Nacional de Políticas Públicas para as Mulheres.** Brasília, 2008a.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2007b.

_____. **Lei 12.842 de 2013.** Dispõe sobre o exercício da Medicina. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2013e.

_____. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, 2014.

BARBOSA, G.P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cadernos de Saúde Pública** v.19 n.6, Rio de Janeiro, nov.-dez. 2003.

BASTOS, M.H.; MCCOURT, C. Morbidity during the Postnatal Period: Impact on Women and Society In: BYROM, S.; EDWARDS, G.; BICK, D. **Essential Midwifery Practice: Postnatal Care.** London: Wiley-Blackwell. p. 126-31. 2010.

BATESON, G. **Steps to a ecology of mind:** collected in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology. Chicago: University of Chicago Press, 2000

BELLODI, P.L.; MARTINS, M.A. **Tutoria: mentoring na formação médica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

BEECH, B.L.; WILLINGTON, S. Listen With Mother. **AIMS Journal**, v. 19, n. 2, 2007. Disponível em: <<https://www.aims.org.uk/journal/item/listen-with-mother>>. Acesso em: 06 nov. 2016.

BITTENCOURT, R.J. et al. Gestão de leitos e vagas hospitalares: relato de experiência no Hospital de Urgência de Sergipe. **Quali Hosp**, 2009.

BITTENCOURT, R.J.; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1439-54, 2009.

BOARETTO, M. C. **Avaliação da Política de Humanização ao Parto e Nascimento no Município do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

BONET, O. **Saber e sentir:** uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 136. p.2004.

BOTTI, S. H. O. **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes:** um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro: [S.n], 2009.

BOURDIEU, P. **Le champ scientifique:** Actes de la Recherche en Sciences Sociales. Tradução de Paula Montero. n. 2/3, jun. p. 88.1976.

_____. **Os usos sociais da ciência:** por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Unesp, 2003.

_____. **A Economia das Trocas Simbólicas.** São Paulo, Perspectiva, 2005.

_____. **O Poder Simbólico.** Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 1989.

_____. **O Poder Simbólico.** 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.

BOURDIEU, P.; PASSERON, Jean-Claude. **A Reprodução: Elementos Para uma Teoria do Sistema de Ensino**. Petrópolis: Vozes, 2011.

BUSANELLO, J.; COSTA K. P.; PINHO, E. **Humanização do Parto e do Nascimento: os desafios para a implementação do programa do Ministério da Saúde**. Congresso brasileiro de enfermagem, 61, 7 a 10 dez, Fortaleza: Ceará, 2009.

BRABO, T. S. A. M. **Mulheres, gênero e violência**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015.

BRÜGGEMANN, O.M. et al. Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 270-7, Abr-Jun, 2014.

CALLAGHAN, W.M; MACKAY, A.P; BERG, C.J. Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations, United States, 1991-2003. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 199, n. 2, p. 133-8, ago. 2008.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, Rio de Janeiro, 2000.

CAMPOS, G.W.S. et al (orgs). **Tratado em Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, 2011.

CARDOSO, J. E.; BARBOSA, R. H. S. Disagreement between desire and reality: cesarean 'industry' among middle class women in Rio de Janeiro, Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2012.

CARNIEL, E. F.; ZANOLLI, M. L.; MORCILLO, A. M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 1, p. 34-40, 2007.

CARROLI, G.; BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: _____. **The Cochrane Library**, v.1, Oxford: Update Software, 2006.

CARVALHO, V. F. et al. Práticas Prejudiciais ao Parto: Relato dos Trabalhadores de Saúde do Sul do Brasil. rev. **Rene**, v. 11, Número Especial, p. 92-98.2010.

CASTRO, R. P. de. “**O homem pode tudo**”... “**A mulher é um sexo inferior!**” Discutindo Sexismo, Machismo e Violência Contra As Mulheres Na Formação em Pedagogia. Simpósio Internacional de Educação Sexual: Feminismos, identidades de gênero e políticas públicas. Paraná, 2015.

CATÃO, M. O. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. Estrutura hospitalar moderna. p. 101-138, 2011.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM nº 1246/88. 14ª ed. Rio de Janeiro: Navegantes Ed. Graf.; 2004.

_____. **Resolução no 1931, de 24 de setembro de 2015. Aprova o código de ética médica**. Diário Oficial União, 24 set 2009;(183, seção I):90-2. Retificações em: Diário Oficial União. ; (195, seção I):173, 13 out 2009.

_____. **Por oferecer maior segurança, CFM recomenda partos em ambiente hospitalar**. 2012.

Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=23156%3Apor-oferecer-maior-seguranca-cfm-recomenda-partos-em-ambiente-hospitalar&catid=3>.

Acesso em: 05 jan. 2018.

_____. **Código de ética médica**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acessado em fevereiro de 2015.

_____. Resolução CFM nº 2.144/2016. **É ético o médico atender à vontade da gestante de realizar parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal**. Brasília, 17 de março de 2016.

COBEON. **Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. Manifesto do VI COBEON pelo parto normal humanizado: direito de informação e de escolha. Teresina, 26 de junho de 2009. Disponível em:

<[http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/MANIFESTO_CARTA_TERESINA-VI_COBEON\[1\]-1\[1\].pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/MANIFESTO_CARTA_TERESINA-VI_COBEON[1]-1[1].pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2016.

CORADINI, O. A formação da elite médica, a Academia Nacional de Medicina e a França como centro de importação. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, n. 35. p. 3-22, jan-jun, 2005.

CORRADI, E. M.; ZGODA, L. T. R. W.; PAUL, M. de F. B. O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 2, p.184-93. jan-mar, 2008.

COTTRELL, D.J.; MCCRORIE, P.; PERRIN, F. The personal tutor system: an evaluation. **Medical Education journal**, v. 28, n. 6, p. 544-9, 1994.

MILLS, J.E.; FRANCIS, K.L; BONNER, A. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural Remote Health**, v. 5, n.3, p. 410, 2005.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Cofen repudia corporativismo do CFM** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/cofen-repudia-corporativismo-do-cfm_55761.html>. Acesso em: 12 out. 2017.

COOK, R. J. Gender, Health and Human Rights. **Women's Health and Human Rights**. v. 1, n. 4, p. 350-366, 1995.

Disponível em:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39354/9241561661_eng.pdf;jsessionid=974DA1E19B8C9AB476B15E0110456F70?sequence=1>. Acesso em: 17 out. 2014.

COOKE, M. et al. . American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. **New England Journal of Medicine**, n. 355, p. 1339-44, 2006.

CHAVES, M.M.; ROSA, A.R. (Org.). Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas de Medicina. In: _____. **Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90**. São Paulo: Cortez, 1990.

CHERYL, A. Impact of Traumatic Birth Experience on Latina Adolescent Mother. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 31, n. 11, nov. 2010.

CHRISTILAW, J. E. Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 94, p. 262-268, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16842789>>. Acesso em: fev. 2015.

CIELLO, C. et al. **Violência obstétrica - “Parirás com dor”**. Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. 188 p. 2012. (Mimeo).

DAMATTA, R. **Ofício do etnólogo ou como ter Antropological Blues**. In: _____. Aventura Sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, p.23-35, 1978.

DAVIS, D.; WALKER, K. The corporeal, the social and space/place: exploring intersections from a midwifery perspective in. New Zealand, Gender, Place & Culture: **A Journal of Feminist Geography**, v. 17, n. 3, 2010.

DIAS, M.A.B. **Humanização da assistência ao parto**: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006. 280 f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher)-Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DIAS, M.A.B; DOMINGUES, R.M.S. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do sistema de saúde suplementar do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, p. 1521-1534, set.-out, 2008.

DIAS, M.A B. et al. -Incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascir no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, supl.1 Rio de Janeiro, 2014.

DINIZ, S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina/USP, 2001.

_____. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, ago. 2009.

DINIZ, S.G et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

D'OLIVEIRA, A.F.P.; DINIZ, C.S.G.; SCHRAIBER, L.B Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, v. 359, n. 11, p. 1681-5, 2002.

DOMINGUES, R.M.S.M. 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**, Rio de Janeiro, v. 30, n. S101-S116, 2014.

DOTTO, L. M. G.; MOULIN, N. M.; MAMEDE, M. V. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006.

DOWNE, S. et al. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. **Cochrane Database of Systematic Review**, 2013.

EBC. Agencia Brasil. **Número de cesarianas cai pela primeira vez no Brasil**. 2017. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-03/numero-de-cesarianas-cai-pela-primeira-vez-no-brasil>>. Acesso em: 24 ago. 2017.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. Complaints and disorders: the sexual politics of sickness. London, **Writers and Readers Pub Coop**, 1973.

ETTON, M.G.J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**, v. 20, p. 60-70, 2002.

FANEITE, J.; FEO, A.; TORO, M. J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. **Revista Brasileira de Obstetricia e Ginecologia**. v. 72, n. 1, p. 4-12, 2012.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil: Incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 150-173, 1991.

FIORETTI, B. **Nascer no Brasil**: parto, da violência obstétrica às boas práticas. DVD. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Microfísica do Poder**, Rio de Janeiro: Graal. 1992.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 36. ed. Petrópolis: Vozes, 2009

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FLORENTINO, F.R.A. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. **Travessias**. v. 3, n. 2, 2009.

FLOYD, D. R. The technological model of birth. **Journal of American Folklore**, v. 100, p. 479-495, 1987.

_____. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, n. 1, p. S5-S23, 2001

_____. **Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento**. Buenos Aires: Fund. Creavida, 2009

FLOYD, D. R.; JOHN, St. G. **Del medico al sanador**. Buenos Aires: Fund. Creavida, 2004.

FPA (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO). **Pesquisa de opinião pública: mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. [S.l.]: Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010.

FRENKEL, L.A.; STINGER, G. G. A. **A guide for advocating for respectful maternity care.the white ribbon alliance** [Internet]. 2013.

FRANZON, A.C.A; SENA, L.M. **Teste da violência obstétrica**. Maio, 2012.
Disponível em: <http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf>. Acesso em: 21 nov. 14

GAMA, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov, 2009.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GLICK, P.; FISKE, S.T. O Inventário de Sexismo Ambivalente: Diferenciando o sexismo hostil e benevolente. **Jornal de Personalidade e Psicologia Social**. v. 70,p. 491-512, 1996.

GOMES, V. L. O.; FONSECA A. D.; ROBALLO E. C. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. **Escola Anna Nery (impr.)** v. 15, n. 2, p. 300 – 305, abr. -jun. 2011.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

HAINES, H.M. et al. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 12, p. 55, 2012.

HELMAN, G. C. Antropologia médica e atenção primária à saúde. In: _____. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária**. Porto Alegre: Artmed, 1996. p. 43-46.

HELMAN, G. C. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM). **Serviço de Estatística**. Santa Maria, 2018.

HOPKINS, K. Are Brazilian Women Really Choosing to Delivery by Cesarean? **Social Science & Medicine**, v. 51, n.5, p. 725-40, 2000.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & saúde coletiva**, v.10, n.3, Rio de Janeiro, Jul/Set. 2005.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. 361 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, S. N. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto. **Interface**, v. 12, n.24, p. 215, 2008.

HOWARD, J.; STRAUSS, A. **Humanizing health care**. Nova York: John Wiley & Sons, 1975.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2007.

JONSSON, M.; NORDÉN, S.L.; HANSON, U. Analysis of mal practice e claims with a focus on oxytocin use in labour. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v.86, n.3,p.745-50, 2008.

JODELET, D. Representations sociales: um doaine em expansivo. In: _____. **Les Representations sociales**.Paris: Pressesb Universitaires de France, p.31-61, 1989.

KEMP, A.; EDLER, F.C. Medical reform in Brazil and the US: a comparison of two rethorics. **História, Ciências, Saúde -Manguinhos**, v.11, n. 3, p 1-16, Set-Dez, 2004.

KENNETH, R. C. Jr. A biomedicina. **Physis**, Rio de Janeiro,v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

KINGDON, C. et al. Choice and birth method: mixedmethod study of caesarean delivery for maternal request. **BJOG**, v. 116, p. 886-95, 2009.

KRUNO, R. B, BONILHA A. L. L. Parto domiciliar na voz das mulheres: uma perspectiva à luz da humanização. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 25, n. 3, p. 396-407, 2004.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. S17-S47, 2014.

LEBOYER, F. **Nascer Sorrindo**. 5. ed. Brasília: Ed. Brasiliense, 1996.

LEININGER, M. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune&Stratton, 1985.

LEMOS, D. B. de. **O Parto humanizado em um hospital universitário do sul do Brasil - O olhar dos gestores**. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande/FURG, 2012.

LEE, Y.M.; D'ALTON, M.E. Cesarean delivery on maternal request: the impact on mother and newborn. **Clinics in Perinatology**, v.35, n.3, p.505-18, set. 2008.

LESSA, A. B. S. L.; ARAÚJO, C. N. V. de. A enfermagem brasileira: Reflexão sobre sua atuação política. **REME**, v. 17, n. 2, p. 238-244, abr.-jun, 2013.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural I**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

LIMA, C.M.G. et al. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, p. 21-30, Jan. 1996.

LIPKIN, M. Foreword. In: COULEHAN, J.L.; BLOCK, M.R. **The Medical Interview: mastering skills for clinical practice**. Philadelphia: F.A. Davis, 2006.

MACEDO, C.G. Apresentação. In: ALMEIDA M; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina**. São Paulo: Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial/ Londrina: Ed. UEL, 1999.

MACDORMAN, et al. Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk," United States, 1998-2001. **Birth**.v.33,n.3, p. 175-82, set. 2006.

MALIK, K. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2013: A Ascensão do Sul**. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2013. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr13_summary_pt_web.pdf>. Acesso em: Jan. 2015.

MALHEIROS. P.A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 329-37, Abr-Jun, 2012.

MACHADO, E. G. C. **Gestação, parto e maternidade: uma visão holística**. Belo Horizonte: Editora Aurora, 1995.

MARQUES, S., L.; SOUZA, C. P. S. Experiences of women on the care received during the parturition process. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 2012.

MARTIN, E. **A mulher no corpo- Uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

MARTINS, C. S.; RAMOS, J. G. L. A questão das cesarianas. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, v.27, n 10, Rio de Janeiro, 2005.

MARTINS, C. A. Casas de Parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. In: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n.3, p.360-365, 2005.

MARTINS, L.A.N. **Residência Médica: estresse e crescimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

MARTINS, A. C.; BARROS, G. M. Parirás na dor? Revisão integrativa da violência obstétrica em unidades públicas brasileiras. **Revista Dor**. v.17, n.3, São Paulo, Jul./Set., 2016.

MAUSS, M. **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, Sexta parte: “As técnicas do corpo”, p. 399-422. 2003.

MENEZES, R. A. **Em Busca da Boa Morte**: Antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educ**, v.6, 2000.

MEDICI, A. C. Trabalho realizado no Banco Interamericano de Desenvolvimento, Washington, D.C. Hospitais Universitários: Passado, Presente e Futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 2, p. 149-56, 2001.

MILLER, A. C.; SHRIVER, T. E. Women's childbirth preferences and practices in the United States. **Social Science & Medicine**, 2012.

MINAYO, M.C.S. (org.) **Pesquisa Social**: teoria, método, criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000.

_____. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência & Saúde Colet.**, v.9, n.1, p.17-20, 2004.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 1641-1649, 2009.

MINAYO, de S. C. M. **O desafio do conhecimento em pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MICELI, Sérgio. A Força do Sentido. In: **BOURDIEU, Pierre. A Economia das Trocas Simbólicas**. São Paulo, Perspectiva, 2005.

ORTIZ, R. A Procura de uma Sociologia Prática. In: **BOURDIEU, P. Sociologia**. São Paulo, Ática, 1994.

MIRANDA, L. **Pierre Bourdieu e o campo da comunicação**: por uma teoria da comunicação praxiológica. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2005.

MONTENEGRO, C.A.A.; RESENDE, F.J. **Obstetrícia Fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MORELL, M. G. G.; MELLO, A. V. **A declaração de nascido vivo no Estado de São Paulo**: Alguns resultados. **Informe Demográfico SEADE**, v. 29, p. 201-331, 1995.
MORAES, M. S.; GOLDENBERG, P. Cesáreas: um perfil epidêmico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 509-519, mai-jun, 2001.

MOREIRA, S. N. T. et al. Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1053-1059, 2008.

MOTTA, G.C.P; CUNHA, M.L.C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n.1, p.131-5, Jan.-Fev.2015.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro. Zahar, 1978.

MOUTA, R.J.O. **A reconfiguração do espaço social da Maternidade Leila Diniz**: a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado de assistência ao parto. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem, 2009.

NUNES, M.P.T. Residência médica no Brasil – situação atual e perspectivas. **Boletim Informativo da Associação Brasileira de Ensino Médico**, 2003.

NJAINÉ, K. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde. In: MINAYO, de S. C. M. **Impacto da Violência na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

OBA, M. V.; PINTO, M. C. R. L. R.; SOUZA M. G. de A. A tecnologia e a organização social das práticas de assistência à saúde da mulher. **Health Science Instute**, v. 28, n. 1, p. 42-6, 2010.

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO: **Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014.

ODENT, M.A **cientificação do Amor**. Florianópolis: Saint Germain, 2000.

_____. **O camponês e a parteira**: Uma alternativa à industrialização da agricultura e do parto. São Paulo: Ground, 2003.

_____. **O parto e as origens da violência**. ONG Amigas do Parto. Disponível em: <<http://www.ongamigasdoparto.com/2011/07/o-parto-e-as-origens-da-violencia.html>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. 1996. Disponível em: <<http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/OMS-Parto-Normal.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2018.

_____. **Objetivos do desenvolvimento Sustentável(ODS)**. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, [S.l.] 2015.

PADILHA, K.G. Considerações sobre as ocorrências iatrogênicas na assistência à saúde: dificuldades inerentes ao estudo do tema. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 3, p. 287 -90, 2001.

PAGLIOSA F; DAS ROS, M. A. Relatório Flexner: Para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, M. G. L. C. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na Perspectiva do SUS. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 5, p. 27-57,1992.

PAES, F.; DAL'MAS, R. **Violência obstétrica: um novo termo para uma prática antiga?** Disponível em: <<http://www.geledes.org.br/violencia-obstetrica-um-novo-termo-para-uma-pratica-antiga-por-fabiana-dalmas-rocha-paes/#axzz3KT5CpNkN>>. Acesso em : 23 nov. 2017.

PARIS, G.F. et al. Tendência temporal da via de parto de acordo com a fonte de financiamento. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 36, n. 12, p. 548-54, 2014.

PEREIRA, W.R. **Poder, Violência e Dominação Simbólicos nos Serviços de Saúde**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações Sociais e Decisões das Gestantes sobre a Parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.3, p.579-589, 2011.

PEREIRA, R.R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 61, n. 3, p. 376-388, 2011.

PEREIRA, S.M. **Da submissão ao poder de decisão das mulheres**: A residência médica em ginecologia e obstetrícia. 2014. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

PERPÉTUO, I. H. O.; BESSA, G. H.; FONSECA, M.C. **Parto cesáreo**: Uma análise da perspectiva das mulheres de Belo Horizonte. Em Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Org.), Anais do XI Encontro Nacional de Estudos Populacionais da ABEP (p. 95-119). São Paulo: ABEP, 1998.

PETER, A. P. C. et al. **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no Contexto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

PIMENTA, L. F. et al. Percepção de mulheres sobre a escolha da via de parto: estudo descritivo, **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 12, n.1. 2013.

PIMENTA, L. F. **Cultura no processo de parturição**: Contribuições para a enfermagem 2012. 91 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2012.

PORFÍRIO, A.B.; PROGIANTI, J.M.; SOUZA, D. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p.331-6, 2010.

PORTO, S. M. **Crime, polícia e justiça no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2014.

PULHEZ, M. M. “Parem a violência obstétrica”: a construção das noções de ‘violência’ e ‘vítima’ nas experiências de parto. **RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção**, v. 12, n. 35, p. 544-564, ago, 2013.

PRATA J. A.; PROGIANTI, J.M.; PEREIRA, A.L.F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista enfermagem UERJ**, v. 20, n. 1, p. 105-10, 2012.

PROGIANTI, J.M.; BARREIRA, I.A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 9, p. 91-7, 2001.

REIS, A. E.; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, Suppl. 10, 2005.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, B.A.C. **Obstetrícia Fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

REZENDE, P. de S. **A reprodução enquanto um processo biossocial. Estudo etnográfico em uma vila do Baixo-Sul Baiano**. Tese (doutorado). - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), Salvador, 2015.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCUZ, 2003.

REHUNA (Rede Pela Humanização do Parto e do Nascimento), Carta de Campinas. (Mimeo).1993.

REBOLLO, R.A. Considerações sobre o estabelecimento da medicina no tratado hipocrático sobre a arte médica. **Scientia Studia**, v. 1, n.3, p. 275-937,2003.

REDE PARTO DO PRINCÍPIO. (2012). **Violência Obstétrica “Parirás com dor” - Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**. Brasília, DF: Senado Federal. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>>.

Acesso em: 02 ago 2016

RICCI, S.S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

ROSENDO, T.M.S.S.; RONCALLI, A.G. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 191-201, 2016.

SÁ, M.C. **Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência**. 2005. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SÁ, M.C. On fraternity: a psycho sociological view of health care and the humanization of health care practices. **Interface**, v.13, supl.1, p.651-64, 2009.

SANTA CATARINA. Lei Estadual nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017. **Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.** Florianópolis, 17 de janeiro de 2017.

SÁ, M.C. **Em busca de uma porta de saída:** os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

SÁ, C.P. Representações sócias: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK M.J.O **conhecimento do cotidiano:** As representações sociais na perspectiva da psicologia social. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995. Cap. 1, p. 19-45

SANCHES, L.M; BOEMER, M.R. O convívio com dor: um enfoque existencial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 4, p. 386-93, 2002.

SANTOS, M. D. **Violência institucional em serviço de saúde:** Representações sociais de mulheres em processo de parturição. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2000.

SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento:** um modelo teórico. 2002. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SANTOS, J.O.; SHIMO, A.K.K; Routine practice of episiotomy reflects the difference of power between health professional sand women. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 2, p. 645-50, dez, 2008.

SANTOS, M. C. ; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 359-66, jun. 2010.

SABATINO, H. **Resposta ao polêmico artigo “Cesariana: A Polêmica das Taxas”.** Jornal do CREMERJ, p. 8- 9, 2009. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.org.br/2007/index.php?option=com_content&task=view&id=891&Itemid=204>. Acesso em: 04 nov. 2018.

SATO, R.; BRITO, I.P.M. **Parto humanizado feito pela enfermeira obstetra.** 2004. Disponível em: <<http://www.brasilmedicina.com.br/noticias/pgsearch.asp?Id=295411072002.asp>>. Acesso em: 15 out. 2015.

SANFELICE, C. et al. Crenças e práticas do período gestacional. **Saúde (Santa Maria)**, v.39, n.2, p.35-48. 2013.

SCAVONE, L. Impacto das tecnologias médicas na família. **Saúde em Debate**, n.40, p.48-73. set., 1993.

SCAVONE, L.; BRETIN, H.; THÉBAUD-MONY, A. Contracepção, controle demográfico e desigualdades sociais: análise comparativa franco-brasileira. **Revista de Estudos feministas**, v.2, n.2.p.357-72., 1994.

SES. Secretaria Estadual da Saúde (SES/RS). Comissão Intergestores Bipartide aprova regionalização do parto visando reduzir mortalidade materno-infantil no Estado. 2017. Disponível em: <<http://www.cosemsrs.org.br/?menu=noticia&id=6145>>. Acesso em: 30 Ago. 2017

SENA, L.M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres. **Interface**, v. 21, n. 60, p. 209-202, 2017.

SBP. (Sociedade Brasileira de Pediatria). **Nascimento seguro**. Documento Científico Departamento Científico de Neonatologia. nº 3, [S.n]: [S.l], Abril de 2018.

SCHLUMBOHM, J. How Obstetrics Became a Science. The Maternity Hospital of Gottingen University. **Actes de la recherche en sciences sociales**, p. 1751-1830, 2002.

SILVA, J. M.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 254-257, mar-abr, 2008.

SILVA, D.C. **Viver em primeira pessoa**: Uma etnografia sobre humanização e técnicas do corpo. Curitiba: CVR, 2016.

SILVEIRA, S. C.; CAMARGO, B. V.; CREPALDI, M. A. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.23 n.1, Porto Alegre, Jan-Abr, 2010.

SOUSA, P. (Org.) **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: EaD/ENSP, 2014.

SOUZA, M.C. C-sections as Ideal Births: The cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. **Cambridge Quaterly of Health care Ethic**, v. 3, n. 3, p. 358-366, 1994.

SOUZA, P.J.; PILEGGI-CASTRO, C. On labor and childbirth: the importance of quaternary prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, Suppl, p. 51-3, 2014.

SOUZA, J.P.A. mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 37, n. 12, p. 549-51, 2015.

SOUZA, A.M.M, K. V. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, Abr-Jun, 2016.

TAVARES, F. M. As Contribuições da medicina psicossomática à formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 64-9, 2005.

TAVARES, M.F. Reflexões acerca da Iatrogenia e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 181, v. 31, n. 2, p. 180-185, 2007.

THE LANCET. **Saúde dos Brasileiros**, 2011. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2011

TEIXEIRA, Z. N. F.; PEREIRA, R. W. Parto Hospitalar - experiências de mulheres da periferia de Cuiabá - MT. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n. 11, 2006.

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2004.

THIRY-CHERQUES, H.R. **Pierre Bourdieu: a teoria na prática**. Revista de Administração Pública, v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006.

TRINDADE, C.E.P. O preceptor na residência médica em Pediatria. **Jornal de Pediatria**. v. 76, n. 5, p. 327-28, 2000.

TUESTA- ÂNGULO, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p.1425-1436, set-out, 2003.

UCHÔA, S. A. C.; CAMARGO Jr. K. R. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2241-49, 2010.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância, **Situação Mundial da Infância 2008**. Nova Iorque: UNICEF, p. 39-41, 63-64, Jan. 2008.

VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M.; SILVEIRA, A.C.F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n. 2, p. 339-46, 2008.

VELHO, M. B.; SANTOS, E. K. A.; COLLAÇO V. S. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. **Revista Brasileira da Enfermagem**, v. 67, n. 2, p. 282-9., Mar.-Abr., 2014.

VENTURI, G.; GODINHO, T. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo, 2013.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro-RJ Ed. Fiocruz, 2002.

VIEIRA, L. B.; LANDERDAHL, M. C.; PADOIN, S. M. M. Identification and referrals given to situations of violence against woman by health professionals those work in a teaching hospital. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 4, n.2, p. 275-82, 2010.

VIEIRA, L.B.; PADOIN, S. M. M.; LANDERDAHL, M. C. A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre (RS), v. 30, n. 4, p. 609-16, dez. 2009.

VILLACHAN, L. M. A. **Do parto sem dor a dor do parto: um estudo em representações sociais e ideologia**. Dissertação (mestrado)- PUC-RS, 2001.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria, **Dados epidemiológicos do número de partos no Município de Santa Maria-RS**. Rio Grande do Sul(RS). 2009.

VILLAR, et al. Maternal and neonatal individual risk and benefits associated with caesarean delivery: multicenter prospective study. **BMJ**, v.335, n.7628, p. 1025, nov. 2007.

WAGNER, M. Pursuing the birth machine. **The search for appropriate birth technology. Camperdown**, Austrália. ACE Graphics. 1994.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2015**. Homicídio de mulheres no Brasil. Instituto Sangari. Brasília - DF. 2015.

Disponível em:

<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>.

Acesso em: 20 set. 2017.

WEITLAUF, J. C. Informed Passion: Addressing the Intersection of Violence Against Women and Contemporary Obstetrical Practice. **The American Journal of Bioethics**.v. 11, n. 12, p. 67-69, 2011.

WEI, Y.C. **Ações Humanizadoras de Assistência ao Parto- Experiência e percepções de um grupo de mulheres em um hospital-escola. Universidade de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, São Paulo, 2007.

WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

WHO. World Health Organization. **Care in normal birth**: a practical guide: report of a Technical Working Group. Geneve: WHO. 1996.

WHO. World Health Organization. **Maternal and newborn health/safe motherhood unit care in normal birth**: a practical guide. Geneve: WHO. 1996b.

WHO. World Health Organization. **Care in normal birth**: a practical guide. Technical Working Group. World Health Organization. Birth. v. 24, n.2, p. 121-3, 1997.

WHO. World Health Organization. **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Geneva. 2005.

WHO World Health Organization. **Trends in maternal mortality**: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division. 2014.

WHO World Health Organization. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. HRP, Declaração da Organização Mundial de saúde-eixo 4. 2014.

WHO World Health Organization. **Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)** [Internet]. 2015.

WHO. World Health Organization (2005). **Multi-country study on women's health and domestic violence against women**. Summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses.

Disponível em:

<http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf>.

Acesso em: 14 set. 2016.

WHO World Health Organization. **The WHO Reproductive Health Library (RHL)**.

Disponível em: <<https://extranet.who.int/rhl/guidelines>>. Acesso em: 14 abr. 2018.

ZAGONEL, I. P. S., Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição. **Cogitare Enfermagem**, v. 2, n.2, p.34-8. 1997.

GLOSSÁRIO

Amniotomia: ruptura artificial da bolsa amniótica.

Cardiotocógrafo: aparelho eletrônico que permite a avaliação e o registro dos BCF e das contrações uterinas, simultaneamente.

Cesárea: parto cirúrgico que consiste na abertura do abdômem da paciente, a qual consiste de 7 camadas de tecido: primeiro a pele, após gordura, fáscia muscular (lâmina de tecido em que se fixa o músculo), músculo, peritônio parietal (sob o músculo), peritônio visceral (sobre a parede do útero) e o útero.

Deambulação: ato de caminhar, andar.

Distócia: caracteriza uma situação anormal do trabalho de parto, o contrário de parto eutócito ou eutócia. Pode ser de trajeto, de evolução, de apresentação, entre outros. **Dilatação:** dimensão do orifício do colo uterino (cérvico) que permite avaliar o progresso do trabalho de parto.

Doulas: são mulheres que já deram à luz, e auxiliam no acompanhamento do processo de parto visando prestar apoio emocional. Acompanhante não especialista.

Eclâmpsia: último estágio de doença hipertensiva específica da gravidez (toxemia), que se caracteriza, além de níveis tensionais altos, por convulsões e perda de consciência.

Episiotomia: corte realizado na região perineal no momento do parto com objetivo de facilitar a saída do feto.

Episiorrafia: sutura realizada na região perineal com vistas a recuperar os danos da episiotomia.

Enema: lavagem intestinal.

Expulsivo: período que se inicia com a dilatação do colo do útero ao completar os 10 cm e, simultaneamente, a mulher começa a sentir desejos de puxos (já pode ter começado antes, aqui fica urgente).

FM: Feto Morto.

Indução: utilização de substâncias ou manobras que provocam o início das contrações uterinas para dar início ao trabalho de parto.

Iatrogenia: dano causado por erro médico involuntário.

Manobre de Kristeller (ou técnica de Kristeller): é uma manobra obstétrica executada durante o parto que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê. A manobra foi idealizada pelo ginecologista alemão Samuel

Kristeller (1820-1900), que a descreveu em 1867. O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde desencorajam esse tipo de procedimento e em alguns lugares do mundo ele é, inclusive, proibido.

Maternidade Segura: (Safe Motherhood) iniciativa da OMS que confere título às maternidades que cumprem os critérios de atendimento considerados exemplares na atenção à parturiente e ao recém-nascido.

Método Lamaze ou parto sem dor: Um dos mais conhecidos métodos psicofiláticos, que baseia-se na preparação neuro-psicológica da mulher para o parto.

Múltipara: paciente com mais de um parto anterior.

Ocitocina: medicação que aumenta a frequência e/ou a intensidade das contrações uterinas.

Parto gemelar: parto de gêmeos.

Partograma: procedimento (administrativo) técnico no qual são registrados todos os dados referentes à evolução do trabalho de parto e parto de uma parturiente.

Posição supina: semelhante ao decúbito dorsal, de barriga para cima

Pré-Eclâmpsia: doença hipertensiva específica da gravidez que se caracteriza pela presença de edema (inchaço), hipertensão arterial e albuminúria (presença anormal de moléculas de proteínas na urina)

Primípara: Mulheres de primeira gestação, que estão cursando a primeira gravidez.

Nulípara: nunca engravidou ou teve filho.

Puerpério: período que começa imediatamente após o parto e conclui 40 dias após o mesmo, e no qual se produzem importantes modificações do organismo materno com tendência a levá-lo à sua condição pré-gravídica.

Puxo: intenso desejo de fazer força produzido por reflexo iniciados no período expulsivo

Puxos dirigidos: (convencional) esforços que podem ser ampliados e intensificados voluntariamente mediante estímulos e ordens fornecidas às parturientes. Puxos espontâneos (naturais): semelhante ao anterior, mas sem participação, estímulo e ordens de terceiros.

RN: Recém-Nascido.

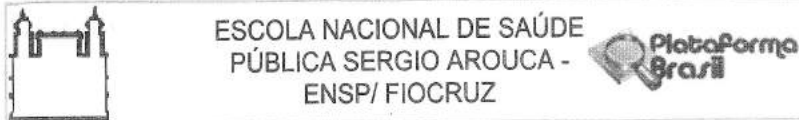
R1: residente de primeiro ano.

R2: residente de segundo ano.

R3: residente do terceiro ano.

Tricotomia: Raspagem dos pelos pubianos.

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DA ASSISTÊNCIA À MULHER NA GESTAÇÃO, NO PARTO E NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL

Pesquisador: Lizandra Flores Chourabi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57867616.9.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.746.283

Apresentação do Projeto:

Este projeto refere-se à análise das respostas às pendências apresentadas no parecer consubstanciado de número 1.695.508, emitido em 25 de agosto de 2016.

Projeto REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E PRÁTICAS DA ASSISTÊNCIA À MULHER NA GESTAÇÃO, NO PARTO E NO PUERPÉRIO: UM ESTUDO ETNOGRÁFICO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DE UMA CIDADE DE MÉDIO PORTE DO SUL DO BRASIL, do PPGSP da ENSP-FIOCRUZ, é de autoria de Lizandra Flores Chourabi, orientada por Kathie Njaine, qualificado em 22/06/2016. Financiamento próprio.

Resumo:

"Estudo qualitativo a ser realizado em um hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul, o qual tem como objetivo identificar as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a prática assistencial a mulher na gestação, parto e puerpério em um hospital de ensino. Para isso serão entrevistadas mulheres que são atendidas no centro obstétrico do hospital de ensino bem como os profissionais de saúde e gestores que atuam diretamente neste serviço. Outro método de coleta para a obtenção da produção de dados, será o método etnográfico que possui como técnica para sua operacionalização a observação participante no campo hospitalar com um roteiro de

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.746.283

observação. Concomitantemente, será empregada a técnica de pesquisa conhecida como grupo focal (GF), que será desenvolvida com grupo de enfermeiras, técnicas de enfermagem, residentes e médicos, separadamente, com aproximadamente seis participantes em cada GF. Com as mulheres gestantes e puérperas, serão desenvolvidos dois GF com seis participantes em cada grupo. Os dados serão analisados e interpretados conforme Análise de Conteúdo. Em todo o processo de pesquisa, serão observados os princípios bioéticos que fundamentam a Resolução nº 466/12, a saber: o da voluntariedade, o da autonomia, o da beneficência, o da não maleficência e o da justiça." "As questões norteadoras deste estudo são: (a) Como gestores, profissionais de saúde e usuárias compreendem a assistência a mulher na gestação, parto e puerpério no hospital universitário? (b) Ocorre diferenças nas representações destes atores sociais?"

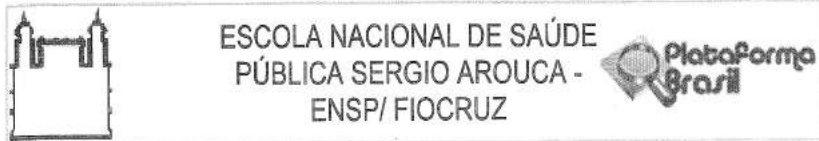
Metodologia proposta:

"Trata-se de uma proposta de pesquisa de abordagem qualitativa do tipo analítica de cunho etnográfico. Durante a estada no campo, os dados da pesquisa serão colhidos através da observação participante como principal técnica, que consiste na observação sistemática e convivência do observador com as pessoas (ROCHA; ECKERT, 2008). Além da observação será utilizado outros métodos como a entrevista e grupo focal que podem prevenir contra possíveis vieses que podem advir se somente for feita a observação (ANGROSINO, 2009). Tratando-se de uma pesquisa do tipo etnográfica em ambiente hospitalar de ensino, na qual o pesquisador vai descrever tudo o que envolve a assistência hospitalar: localidade, espaço físico, tipo de materiais utilizados, formação dos profissionais de saúde, alunos, funcionários, cantinas, locais de descanso da equipe, tecnologia de uso hospitalar, festas, público-alvo, projetos desenvolvidos, participação dos usuários e outros aspectos que fizerem parte daquele cenário. [...] O contato inicial com os sujeitos da pesquisa será feito pela coordenadora do serviço que apresentará o pesquisador a equipe de profissionais de saúde. O ambiente de pesquisa será a Unidade de Internação Obstétrica e o Centro Obstétrico do Hospital Universitário de Santa Maria respectivamente. Ambos atendem duas especialidades, ginecológica e obstétrica. [...] A obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido será apresentado a todos entrevistados. O local da entrevista será uma sala reservada que garante a privacidade e evita o constrangimentos. A forma de abordagem para entrevista será pelo contato direto individual do pesquisador com o participante."

Metodologia de análise de dados:

"Será realizada a análise temática de Minayo que, segundo Bardin (2006), se organiza em três

Endereço: Rue Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.746.283

fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. [...] Cabe salientar que tais etapas envolvem diversos simbolismos que precisam ser decodificados. Para tanto, o pesquisador precisa fazer um esforço para desvendar o conteúdo latente, como refere Triviños (1987, p. 162). Nesse sentido, a análise contextual e histórica é de grande valia (Bateson, 2000; Thompson, 1995), além da criatividade, intuição e crítica (Bardin, 2006; Thompson, 1995). Denzin e Lincoln (2000) enfatizam o papel do caráter crítico da pesquisa."

Tamanho da amostra: 35

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, os objetivos da pesquisa são:

"Objetivo Primário:

Identificar as representações sociais dos profissionais de saúde sobre a prática assistencial a mulher na gestação, parto e puerpério em um hospital de ensino.

Objetivo Secundário:

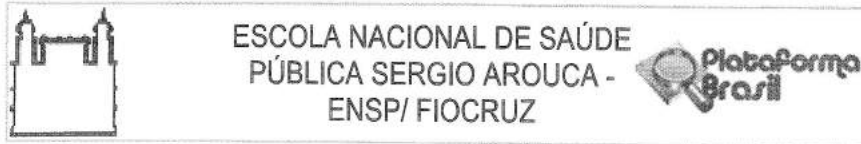
- Identificar as concepções de profissionais e gestores sobre as práticas de assistência à mulher na gestão, no parto e no puerpério;
- Investigar as concepções de mulheres no período gravídico e puerperal sobre o atendimento nos serviços de obstetrícia do hospital do estudo;
- Identificar as concepções de profissionais e gestores sobre a violência obstétrica;
- Verificar as concepções de mulheres no período gravídico e puerperal sobre a violência obstétrica;
- Analisar as diretrizes e as políticas relacionadas ao parto e ao nascimento no âmbito do hospital de ensino;
- Descrever as interações e os processos de trabalho e ensino no hospital do estudo."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Quanto ao compromisso em relação à preservação do sigilo da identidade dos participantes durante todas as etapas da pesquisa, mesmo com a divulgação dos seus resultados, sob qualquer

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.746.283

forma, será observado e utilizado o sistema de identificação alfa numérico. A participação do sujeito de pesquisa na entrevista não representará, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá trazer algumas lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato de a pesquisadora realizar uma entrevista na qual o sujeito respondente irá refletir sobre o seu cotidiano e suas vivências. Caso isso aconteça, poderá ser indicada uma consulta, se assim desejar, para conversar com profissional qualificado do serviço da área de saúde mental do Hospital Universitário de Santa Maria previamente contatado."

Benefícios:

"Além desses aspectos, em todo o processo de pesquisa, serão observados os princípios bioéticos que fundamentam a Resolução nº 466/12, a saber: o da voluntariedade, o da autonomia, o da beneficência, o da não maleficência e o da justiça. No término da pesquisa, será elaborado um relatório e os resultados serão apresentados como tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz. Na sequência, serão encaminhados artigos para publicação em revistas da área de saúde coletiva de âmbito nacional, bem como trabalhos científicos para serem apresentados em eventos de saúde pública."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

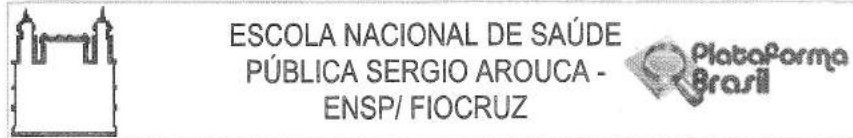
O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- Formulário de pendências com as respostas;
- Formulário de Encaminhamento com data de qualificação;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde e referente à entrevista;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde e referente ao grupo focal;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuáries e referente à entrevista;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.746.283

- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para usuáries e referente ao grupo focal;
- Instrumentos de coleta de dados: roteiros de entrevistas muito bem elaborados;
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável;
- Termo de compromisso (com justificativa) do pesquisador em entregar no CEP o Termo de Anuência assim que o mesmo for obtido;
- TCUD assinado pela orientadora da doutoranda (autora do projeto);
- Cronograma adequado;
- Orçamento.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Item de pendência:

Apresentar um termo de consentimento livre e esclarecido para os profissionais de saúde distinto dos usuáries. Ainda, para cada grupo deverá elaborar um termo para entrevista e outro para o grupo focal, totalizando quatro modelos de TCLE. Se a intenção for garantir a gravação do grupo focal atentar para a necessidade de afirmar no TCLE que a participação está condicionada ao aceite da gravação.

Resposta da pendência 1:

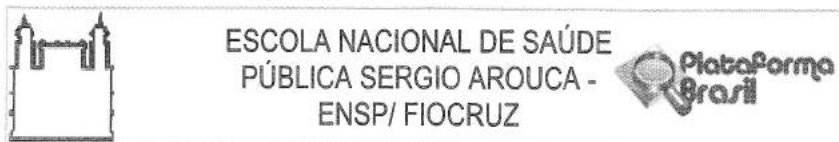
"Foi feito um TCLE para os usuarios e outro para os profissionais de saúde. Também um TCLE para entrevista e outro para grupo focal com cada grupo distinto, totlizando quatro modelos de TCLE."

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO: *** CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO, COPATROCÍNIO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E ENTREGUE A VIA ORIGINAL NO CEP.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.746.263

NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA. ***

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, perante o CEP, caso haja interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

OBSERVAÇÃO: Pesquisadora se comprometeu a entregar no CEP/ENSP o termo de anuência da instituição coparticipante (Hospital Universitário de Santa Maria/RS).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_753642.pdf	01/09/2016 11:24:02		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Formulariosppendparecer1695508.pdf	01/09/2016 11:22:16	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentolivreeesclarecido profissionais.pdf	01/09/2016 11:14:09	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLERgrupofocalprofissionais.pdf	01/09/2016 11:13:53	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TermodeConsentimentolivreeesclarecido parausuarios.pdf	01/09/2016 11:13:28	Lizandra Flores Chourabi	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.746.283

Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentolivreeesclarecido parausuarios.pdf	01/09/2016 11:13:28	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLÉgrupofocalusuarios.pdf	01/09/2016 11:13:13	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodetalhadoMODIFICADO.pdf	01/09/2016 11:10:45	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
Cronograma	CronogramaMODIFICADO.pdf	01/09/2016 11:10:18	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
Outros	FolhaRosto_LizandraFloresChourabi.pdf	25/08/2016 14:16:00	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito
Outros	Formencaminhamentocarimbo.pdf	14/07/2016 19:35:55	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	11/07/2016 22:26:21	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
Outros	TERMODEJUSTIFICATIVA.pdf	11/07/2016 22:20:04	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO.pdf	11/07/2016 22:18:01	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	11/07/2016 22:16:16	Lizandra Flores Chourabi	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	11/07/2016 21:56:44	Lizandra Flores Chourabi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não



RIO DE JANEIRO, 26 de Setembro de 2016

Assinado por:
Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)


Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO B - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

LIFLOPIM@GMAIL.COM

Universidade Federal de Santa Maria
Hospital Universitário de Santa Maria
Gerência de Ensino e Pesquisa do HUSM
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares



REGISTRO DE PROJETOS

Nº Inscrição GEP 1181/2016 Data: 07/10/2016

Pesquisador(a): LIZANDRA FLORES CHOURABI Função: ENFERMEIRA
 SIAPE: 1436538 Telefone: 91429743 Unidade/Curso: CENTRO OBSTETRICO
 E-mail: liflopim@gmail.com
 Título: Repercussões sociais e práticas de assistência a mulher na gestação, no parto e no puerpério: um estudo etnográfico em um

TIPO DE PROJETO: Pesquisa () Extensão () Ensino () Institucional
 () TCC () Especialização () Mestrado () Doutorado () Pós-Doutorado
 () Iniciação Científica () Mestrado Profissional () Outros
 Qual programa: _____

TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas aplicadas a Saúde () Epidemiológico () Clínica Epidemiológica Observacional () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (*Strito Sensu*) () Pré-Clínica Qualitativa () Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T
 () Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV
 - Multicêntrico: Não () Sim, Qual? _____
 - Período Execução: Ano (Início): 2016 Ano (Término): 2017

FONTE DE FINANCIAMENTO: Recursos do Pesquisador () HUSM () Edital Interno UFSM, Qual? _____
 () Indústria Farmacêutica () Agência Pública de Fomento Nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência de Fomento Internacional () Outros, Qual? _____

GRUPO DE PESQUISA: Não () Sim, Qual? _____

OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto.

Lizandra Flores Chourabi
Pesquisador(a) responsável

➔ SETORIAL: AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO INSTITUCIONAL

Setores Envolvidos	Concorda com o Projeto		Assinatura e Carimbo dos Responsáveis
<u>CENTRO OBSTETRICO</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	() Não	<u>[Assinatura]</u> Nádia Estilgon Enfermeira COREN 56.571
<u>UNIDADE TOCOGINECOLOGICA</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	() Não	<u>[Assinatura]</u> Dr. Tamar dos S. Riesgo Coordenador da Unidade de Atenção à Saúde da Mulher COREM 5714946 - HUSM - EBSERH
<u>Unidade de Atenção à Saúde da Mulher</u>	() Sim	() Não	
	() Sim	() Não	
	() Sim	() Não	
	() Sim	() Não	

➔ COMISSÃO CIENTÍFICA GEP/HUSM: Aprovado Data: 05/10/2017

➔ PARECER FINAL GEP/HUSM: [Assinatura]

Prof. Beatriz Silvana da Silva Porto
Gerente de Ensino e Pesquisa
HUSM - EBSERH
Assinatura e Carimbo Data: 05/10/2017

A pesquisa só poderá ser iniciada após a aprovação do CEP/UFSM e entrega do parecer consubstanciado na GEP/HUSM.

ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO MULHERES



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Pesquisadoras responsáveis: *Profa. Dra. Profa. Kathie Njaine

**Enfa. Doutoranda Lizandra Flores Chourabi

Instituição/Departamento: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – Curso de Pós-Graduação Doutorado em Saúde Pública

Telefones para contato: *(55+21) 22900387; 38829056 *(55) 991429743

Local da coleta de dados: Hospital Universitário de Santa Maria

Prezado participante,

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada **“Representações sociais e práticas da assistência à mulher na gestação, parto e puerpério: um estudo etnográfico em um hospital de ensino em uma cidade de médio porte do sul do Brasil”**, de autoria de Lizandra Flores Chourabi, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP-Fiocruz, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Kathie Njaine, que tem por objetivo central identificar as Representações sociais dos profissionais de saúde sobre a prática assistencial à mulher na gestação, parto e puerpério em um hospital de ensino. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda todas as informações as quais dizem respeito à sua participação. Sua participação se deve por ter se enquadrado nos critérios de inclusão da pesquisa, quais sejam: estar em idade fértil, com história pregressa de parto vaginal ou cesariano e que passaram por atendimento no CO do HUSM no período de 2009 há 2017.

Rubrica pesquisador

Rubrica participante

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). Mas se houver consentimento para gravação, após, as suas informações gravadas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. As informações serão mantidas em um CD no armário da professora pesquisadora, do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli. Após este período, os dados serão destruídos. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a instituição na qual será realizado este estudo. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas, em palestras dirigidas ao público participante, em relatórios individuais para os entrevistados, em artigos científicos e na tese. É importante que você compreenda que sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra “M” (M1, M2, M3 etc...), inicial da palavra mulher para esta finalidade. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. E a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Rubrica pesquisador

Rubrica participante

Comunico que a sua participação na entrevista não representará, a princípio, risco às suas

dimensões física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre o seu cotidiano e suas vivências. Contudo, poderá haver um benefício no que se refere à melhor qualidade das práticas no cuidar obstétrico dentro do hospital de ensino. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa e se você achar necessário, poderei fazer um encaminhamento a um especialista da área da saúde mental.

Este Termo será redigido em duas vias (não será fornecida cópia ao sujeito, mas sim outra via), sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este Consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas. O participante autoriza ou não a gravação de voz

SIM

NÃO

Santa Maria,setembro de 2016

Rubrica pesquisador Rubrica participante

(Assinatura do participante da pesquisa)

Nome do participante:

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

.....de.....de...2016.

Lizandra Flores Chourabi

Pesquisadora de campo RG:

3046400473

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável

Prof^ª. Kathie Njaine Pesquisadora
em Saúde Pública

Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4036 - sala 700 (Prédio Expansão do Campus)
CEP 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
Tels: (55+21) 22900387; 38829056
E.mails:kathie@ensp.fiocruz.br/ knjaine28@gmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- ENSP. Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos
- Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863e-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de
Ética em Pesquisa (Conep): Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879 E-Mail:
conep@saude.gov.br

Rubrica pesquisador

Rubrica participante

**ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROFISSIONAIS**

-

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ**

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)****Pesquisadoras responsáveis:** *Profa. Dra. Profa. Kathie Njaine

**Enfa. Doutoranda Lizandra Flores Chourabi

Instituição/Departamento: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- Curso de Pós-Graduação Doutorado em Saúde Pública**Telefones para contato:** *(55+21) 22900387; 38829056 *(55) 91429743**Local da coleta de dados:** Hospital Universitário de Santa Maria**Prezado participante,**

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada **“Representações sociais e práticas da assistência à mulher na gestação, parto e puerpério: um estudo etnográfico em um hospital de ensino em uma cidade de médio porte do sul do Brasil”**, de autoria de Lizandra Flores Chourabi, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP-Fiocruz, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Kathie Njaine, que tem por objetivo central identificar as Representações sociais dos profissionais de saúde sobre a prática assistencial a mulher na gestação, parto e puerpério em um hospital de ensino. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda todas as informações as quais dizem respeito à sua participação. Sua participação se deve por se enquadrar dentro dos critérios de inclusão da pesquisa quais sejam: profissionais de saúde e profissionais gestores da área obstétrica.

Rubrica pesquisador

Rubrica participante

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado (a). Mas se houver consentimento para gravação, após, as suas informações gravadas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5

anos(cinco), conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP. As informações serão mantidas em um CD no armário da professora pesquisadora, do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli. Após este período, os dados serão destruídos. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas em palestras dirigidas ao público participante, relatórios individuais para os entrevistados, artigos científicos e na tese. É importante que você compreenda que sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Você não será identificada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotada a letra “M” (M1, M2, M3 etc...), inicial da palavra mulher para esta finalidade.

Rubrica pesquisador

Rubrica participante

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. E a qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Comunico que a sua participação na entrevista não representará, a princípio, risco às suas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre o seu cotidiano e suas vivências. Contudo, poderá haver um benefício no que se refere à melhor qualidade das práticas no cuidar obstétrico dentro do hospital de ensino. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa e se você achar necessário, poderei fazer um encaminhamento a um especialista da área da saúde mental.

Este Termo será redigido em duas vias (não será fornecida cópia ao sujeito, mas sim outra via), sendo uma para o participante e outra para o pesquisador. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável (ou pessoa por ele delegada e sob sua responsabilidade), com ambas as assinaturas apostas na última página.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade. Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este Consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Rubrica pesquisador

Rubrica participante

O participante autoriza ou não a gravação de voz

SIM

NÃO

Nome do participante (Assinatura do participante da pesquisa)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

.....de.....de...2016.

Lizandra Flores Chourabi

Pesquisadora de campo RG:

3046400473

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável

Profª. Kathie Njaine Pesquisadora
em Saúde Pública

Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4036 - sala 700 (Prédio Expansão do Campus)
CEP 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
Tels: (55+21) 22900387; 38829056
E-mails: kathie@ensp.fiocruz.br / knjaine28@gmail.com

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- ENSP. Rua Leopoldo Bulhões, 1.480, Térreo, Manguinhos
- Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210 - Telefax - (21) 2598-2863 e-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>. Se desejar, consulte ainda a Comissão Nacional de
Ética em Pesquisa (Conep): Tel: (61) 3315-5878 / (61) 3315-5879 E-Mail:
conep@saude.gov.br

Rubrica pesquisador

Rubrica participante

ANEXO E- ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DO CENÁRIO HOSPITALAR

1. Roteiro de observação do cenário hospitalar

1.1. Observação do centro obstétrico

Na recepção avaliar:

Como a gestante é recebida na porta de entrada?

Como acontece o acolhimento com classificação de risco?

Como aconteceram as condutas na internação?

Como é o primeiro atendimento?

Como é a estrutura física da recepção e do box de atendimentos?

Como é a participação do familiar na consulta?

Como é a relação entre as usuárias e os profissionais de saúde?

Como as gestantes/puérperas são encaminhadas para outros serviços?

Como acontece a internação e a alta das usuárias?

Como é a estrutura física das enfermarias de internação?

Como as rotinas do serviço são implementadas?

Como são fornecidas as orientações e as explicações sobre internação, regras hospitalares e condutas a serem feitas e o que a mulher desejar?

Como é feito o acompanhamento da parturiente neste período?

Como se dão as atitudes e os comportamentos dos profissionais e como acontecem as interações entre as parturientes?

Como são explicadas as técnicas e as condutas para a parturiente quando utilizadas pelos profissionais?

Como os profissionais atendem a mulher durante o trabalho de parto no parto e o nascimento do bebê?

Como é a relação que se estabelece profissional e usuária em relação à privacidade e ao respeito às escolhas da parturiente quando solicitadas por ela?

Verificar em cada conduta: comunicação de sua realização, pedido de cooperação ou autorização.

Reação dos profissionais em caso de queixa/conflito. Perguntar especificamente, depois da descrição espontânea: a) enteroclistma; b) tricotomia c) indução; d) analgesia; e) fórceps; f) posição de trabalho de parto e parto; g) episiotomia; h) orientações para puxos; i) manejo do puerpério imediato j) presença de acompanhantes.

Como é feito o monitoramento do bem-estar físico e emocional da durante o TP? Quem presta o suporte emocional?

Como são realizados os métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento durante o TP?

Como são oferecidos estes métodos e quais são? Quem oferece?

Como são as reações e as atitudes dos profissionais e das mulheres nestes espaços?

Como é agendado o atendimento e quais as formas de atendimento que o serviço de pré-natal de alto risco do HUSM oferece?

Observar interação do pesquisador no campo de pesquisa e registrar

Por quem foi introduzido (o “porteiro”); como foi negociada a entrada no campo

Como foi apresentada, como se apresentou e como apresentou os objetivos do estudo (a presença do pesquisador em campo deve ser justificada)

Como foi percebido no campo; o pesquisador também está sendo observado

Implicações dos marcadores sociais (gênero, cor, classe, orientação sexual) nas relações interpessoais em campo

Interlocutores (informantes-chave) com os quais manteve mais convivência

Hoje em dia como você considera as políticas de parto e nascimento no Brasil?

Como ocorre a transmissão do conhecimento no HU?

Fale-me o que você entende sobre o termo violência obstétrica.

Você participou de algum curso sobre humanização do pré-natal, do parto e do nascimento.

Qual? Foi oferecido pela instituição ou fez por interesse pessoal?

As práticas utilizadas no HU para o parto seguem quais protocolos? E como são ensinadas?

Você tem tomado conhecimento sobre as pesquisas da medicina baseada em evidências (explorar especificamente as recomendações da OMS/96)? Se sim, qual a sua opinião sobre essas propostas?

Você tem tomado conhecimento das propostas sobre humanização do parto?

Se sim, qual a sua opinião sobre estas propostas?

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES

- 1.Você sabe o que contempla a proposta do MS acerca do parto humanizado?
- 2.O que você entende por violência obstétrica na assistência durante o ciclo gravídico puerperal?
- 3.Você considera que há interesse do hospital em ser credenciado pelo MS para realizar a assistência ao parto humanizado e nascimento?
- 4.O que você pensa a respeito da inserção de outros profissionais que possuem respaldo legal para assistência ao parto no hospital?
- 5.Você considera que o programa do parto humanizado traz benefícios às mulheres? Por quê?
- 6.Que estratégias você (considera necessárias para alcançar a efetivação do parto humanizado neste hospital?
- 7.Que dificuldades você visualiza para essa efetivação?
Que mais você gostaria de comentar?

ANEXO G-ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS MULHERES

Perfil sociodemográfico: Data: Horário: Registro: Nome: Data/horário do parto: Procedência: Religião: Idade: Anos: Qual sua faixa de idade no momento do parto? Gesta:...../Para:.....Aborto:.....Estado civil: Mora com o pai da criança: Escolaridade: Ocupação: Sua gravidez foi desejada? Sim () Não () Por quem? Só você () Companheiro () Os dois () Família () Sua gravidez foi planejada? Sim () Não ()

Representações sobre as rotinas, práticas da assistência no HU: Você foi impedida de ser acompanhada por uma pessoa familiar de sua livre escolha em algum momento durante sua internação? Durante a sua internação, foram realizados procedimentos sem que tenham pedido seu consentimento ou explicado porque eram necessários? Como vivenciou o seu TP? Como você se percebeu durante o TP e parto? De que forma colaborou no TP e parto? Você se sentiu a vontade para falar ou perguntar alguma coisa aos profissionais? De que forma você descreve a assistência recebida pelos profissionais? Você conseguiu identificar quais foram os profissionais que a atenderam? Você foi acompanhada por uma alguém da sua família, uma doula ou uma pessoa amiga em todo o momento do seu trabalho de parto e parto? Durante o trabalho de parto e/ou parto, em qual posição você ficou para o bebê nascer? Depois do parto, ainda no hospital, como você se sentiu?

Representações das mulheres sobre a violência obstétrica: Como foi a assistência recebida pelos profissionais médicos e pelas enfermeiras nos aspectos bons e ruins? De quais cuidados mais gostou? Por quê? Quais os cuidados que menos gostou? Por quê? Como gostaria de ser atendida durante o TP e parto? Que tipo de parto você teve? Você enfrentou alguma situação no seu parto que você considerou injusta e que deixou você revoltada?

Perspectivas de humanização representadas pelas mulheres: Você já ouviu falar das propostas sobre humanização do parto? Se sim, qual a sua opinião sobre estas propostas? O que considera ser uma assistência humanizada durante o parto?