

ASSISTÊNCIA AO PARTO E VIOLÊNCIAS SOB A ÓTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Birth care and violence from the point of view of health professionals

Lizandra Flores Chourabi¹, Kathie Njaine², Fatima Cecchetto³, Greice Machado Pieszak⁴,
Mônica Tabata Heringer Streck⁵

1. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1754-7403>.

2. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3250-2331>.

3. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9866-8102>.

4. Universidade Federal do Rio Grande (FURG). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4980-3253>.

5. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7906-9785>.

CONTATO: Lizandra Flores Chourabi | Endereço: Av Rio Branco 318 ap 111 | Telefone: 55 991429743 | E-mail: liflopim@gmail.com

COMO CITAR: Chourabi LF, Njaine K, Cecchetto F, Pieszak GM, Streck MTH. Assistência ao parto e violências sob a ótica de profissionais de saúde. R. Saúde Públ. Paraná. 2019 Dez;2(2):28-38.



COPYRIGHT Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

RESUMO O objetivo deste estudo foi descrever e analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a assistência ao parto e violências em um hospital universitário do sul do Brasil. Como método foi utilizada a observação participante no interior de um centro obstétrico e entrevistas com profissionais de saúde de um hospital universitário. Adotou-se o referencial socioantropológico das Representações Sociais para a interpretação dos dados. Os resultados mostram que as práticas na atenção ao parto ainda são predominantemente pautadas no modelo de atendimento tecnocrático e no descumprimento dos protocolos estabelecidos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Observou-se também que a comunicação conflituosa entre as equipes é uma fonte de tensões que se reflete nas práticas obstétricas. Concluiu-se que é indispensável que ocorram mudanças na formação de profissionais de saúde, com foco nas boas práticas do parto e nascimento, com vistas à implantação do modelo de atenção humanista.

PALAVRAS-CHAVE: Parto. Apresentação Pélvica. Pessoal de Saúde. Obstetrícia. Violência contra a Mulher. Hospitais de Ensino. Antropologia Social. Conflito de interesses.

ABSTRACT The aim of this study was to describe and analyze the social representations of health professionals about childbirth care and violence in a university hospital in southern Brazil. The method used was participant observation in an obstetric center, and interviews with health professionals from a university hospital. The socio-anthropological framework of Social Representations was adopted for data interpretation. The results show that childbirth care practices are still predominantly based on the technocratic care model and on non-compliance with the protocols established within the Unified Health System. It was also observed that the conflicting communication between the teams is a source of tensions that are reflected on obstetric practices. It was concluded that changes in the training of health professionals are indispensable, focusing on the good practices of childbirth, with a view to the implementation of the humanistic care model.

KEYWORDS: Parturition. Breech Presentation. Health Personnel. Obstetrics. Violence Against Women. Hospitals, Teaching. Anthropology, Social. Conflict of Interest.

INTRODUÇÃO

A parturição no Brasil é culturalmente entendida como uma etapa complexa que requer conhecimentos especializados. O saber técnico-científico tem sido priorizado em detrimento do fisiológico, reforçando assim o modelo intervencionista e tecnocrático de atenção obstétrica¹. Sob esta ótica, as mulheres tornam-se objeto da ação, sem o poder de decisão sobre o próprio processo do parto e do nascimento, o que afeta profundamente ela própria, os bebês e as famílias². Seu corpo está sujeito a muitas intervenções, refletindo-se, por exemplo, nas altas taxas de cesarianas desnecessárias³. Em 2017, considerando apenas os serviços públicos, onde os partos normais são realizados com mais frequência, ocorreram 2,7 milhões de partos no país. Destes,

41,9% foram cesarianas⁴. No mesmo ano, dos 2.318 partos realizados no Hospital Universitário em que foi realizado o presente estudo, 53,3% foram cesáreas⁵, índice maior que a média nacional⁴.

Além das cesarianas, a episiotomia, ou "mutilação genital", e o uso da ocitocina estão dentre as práticas que são consideradas violências físicas e sexuais quando utilizadas rotineiramente. Elas são tecnologias consideradas inadequadas na atenção ao parto⁶. As mulheres parturientes estão particularmente expostas à violência moral praticada por profissionais⁷. Suas queixas são desqualificadas e elas sofrem caladas dores e ansiedades, com medo das represálias caso se queixem contra maus-tratos velados ou explícitos que ocorrem em determinados serviços².

Os processos de parir e nascer vêm passando por mudanças que visam a centralidade do cuidado na mulher e na valorização da sua integridade, do seu protagonismo e de sua autonomia. As recomendações sobre as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, baseadas em evidências científicas, foram descritas pela Organização Mundial da Saúde⁸ e ratificadas pelo Ministério da Saúde⁹, tendo como base critérios de utilidade, eficácia e risco. Essas recomendações são classificadas em categorias, segundo tais critérios: Categoria A - práticas úteis e que devem ser encorajadas; Categoria B - práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Categoria C - práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; Categoria D - práticas que são frequentemente utilizadas de modo inadequado⁸.

De fato, os avanços da obstetrícia contribuíram com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais em todo o mundo. Mas o Brasil não alcançou a meta de reduzir estes aspectos em $\frac{3}{4}$, entre 1990 e 2015. De acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, elaborados pela Organização das Nações Unidas¹⁰, a razão da mortalidade materna é uma das causas que expõe as mulheres e recém-nascidos às altas taxas de intervenções, com potencial de provocar danos e iatrogenias. Neste sentido, o objetivo deste artigo é descrever e analisar as representações e as práticas dos profissionais de saúde sobre a assistência ao parto e violências em um hospital de ensino. Entende-se que esses locais são como promotores de mudanças não só da atenção e cuidado da mulher e da criança como também da formação dos profissionais desse cuidado.

METODOLOGIA

Este artigo, de natureza qualitativa e etnográfica, é parte de uma pesquisa de doutorado,

concluída em 2018 e da longa experiência de uma das autoras como enfermeira obstétrica. O trabalho de campo foi desenvolvido em um centro obstétrico de um Hospital Universitário do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Para este artigo foram analisados os dados de entrevistas com 10 profissionais de saúde, três homens e sete mulheres. Destes, três eram médicos preceptores da obstetrícia, um médico gestor e um médico residente da ginecologia e obstetrícia do hospital do estudo. Também foram entrevistados três enfermeiros, um enfermeiro gestor e um técnico da enfermagem do referido hospital. Os critérios de inclusão envolveram profissionais de saúde que atuavam no referido serviço, tanto os de nível médio quanto os de nível superior, e de diferentes turnos de trabalho. Não foram empregados critérios de exclusão para seleção dos informantes. O tempo de trabalho dos profissionais na instituição variou entre 3 e 30 anos.

A produção de dados teve duração de quatro meses (janeiro-abril), durante o ano de 2017. As entrevistas foram previamente agendadas por meio de contato pessoal e foram conduzidas pelo pesquisador principal, tendo sido realizadas no ambiente de trabalho em ambiente privativo, durante o intervalo dos plantões, com duração média de 50 minutos.

A análise dos dados foi ancorada na abordagem das Representações Sociais, a partir de uma perspectiva socioantropológica. Quanto aos aspectos éticos, destaca-se que a pesquisa foi balizada na Resolução 66/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Osvaldo Cruz, e autorizado pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do hospital. A aprovação foi obtida em 25 de agosto de 2016, sob o nº 1.746.283. Foi também elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos informantes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos dados possibilitou constatar que práticas iatrogênicas são reproduzidas pelos profissionais em suas rotinas de atendimento, sem que sejam revistas e avaliadas de forma reflexiva e à luz das principais recomendações técnicas nacionais e internacionais. A partir dos depoimentos dos profissionais de saúde e da observação etnográfica, os resultados foram agrupados nos seguintes núcleos temáticos: a ausência de protocolos definidos, o empirismo no processo de ensino-aprendizagem, a falta de diálogo e/ou comunicação conflituosa e as percepções diferenciadas sobre a violência obstétrica.

Antes de apresentar os principais núcleos temáticos oriundos da análise das representações sociais dos interlocutores, vale a pena mencionar uma observação de uma cena dramática e registrada no diário de campo, através da qual nos parece possível explorar alguns aspectos das dinâmicas e tensões estruturantes da rotina do serviço obstétrico. Em fevereiro de 2017, um bebê chegou ao centro obstétrico com vida, ainda dentro do ventre da mãe, mas acabou sendo retirado supostamente morto, após uma cesárea que teve uma demora considerável. Segundo relatos, depois do nascimento dessa criança, um residente da pediatria fez manobras de reanimação e, após várias tentativas, foi declarado o óbito do bebê. A criança ficou na sala de expurgo em um berço, durante uma tarde, aguardando ser transportado para o setor de patologia do hospital. Porém, seis horas depois, uma enfermeira se aproximou do corpo do bebê e observou que ele ainda vivia. Desde o momento da constatação do óbito até o encaminhamento à UTI se passaram muitas horas sem assistência.

Durante o tempo que ficou no berço, mesmo tendo sido constatado o óbito, alguns profissionais verificaram que a criança tinha gasping, isto é, apresentava iminência de parada respiratória, mas compatível com sinais vitais. Foi comunicado aos pais que, se quisessem ver o bebê após a constatação do óbito, não se assustassem, pois

a criança tinha reflexos de medição que faziam com que parecesse estar vivo, devido às várias medicações utilizadas na reanimação.

O desfecho deste episódio foi o encaminhamento do bebê para a UTI neonatal, cuja equipe restabeleceu os sinais vitais com assistência intensiva. Entretanto, a criança ficou com sérias sequelas e segue com acompanhamento atualmente. Este caso causou grande comoção entre os profissionais que acompanharam o caso, sendo amplamente divulgado pela mídia local¹¹, e exemplifica de forma dramática os percalços da assistência ao parto e do cuidado às mães e bebês no HU.

A AUSÊNCIA DE PROTOCOLOS DEFINIDOS

Quando indagados sobre os possíveis motivos que desencadearam este evento, os profissionais divergiram em suas opiniões sobre as falhas que podem ocorrer durante o processo de parturição. Por um lado, pode ser dito que a equipe de enfermagem responsabiliza os médicos pelas falhas que ocorrem. Para esses profissionais, essas falhas são creditadas ao descaso dos médicos, à centralização de poder em suas decisões, como também, em alguns casos, às falhas na formação médica propriamente dita.

É uma iatrogenia a gestante chegar e na avaliação o bebê apresentar batimento cardíaco e ele morrer aqui dentro, como já aconteceu várias vezes. 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 R1 da pediatria não sabia entubar o bebê, daí depois falam que isso não acontece em um hospital de alto risco. (P8, enfermeira).

Agora surgiu uma nova política aqui dentro que eu não sei de onde tiraram, que paciente primigesta pode pedir cesárea com 39 semanas [...] 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).

O que se percebe nas visões de alguns profissionais da enfermagem que lidam com o parto é uma crítica dura à persistência de práticas consideradas ultrapassadas, centralizadas nas decisões médicas e sustentadas em uma concepção patológica da fisiologia do parto. Essa lógica em uso no hospital, segundo alguns dos entrevistados, não deveria fazer parte do repertório no manejo do parto:

A episiotomia, por exemplo, 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 (P7 enfermeira).

As orientações de puxos não deveriam ser feitas, pois vai nascer de qualquer jeito [...] 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 de fazer o bebê nascer (P2, técnica de enfermagem).

No entanto, algumas falas endossam a orientação dos médicos, no sentido de que os enfermeiros e enfermeiras devem, sim, "ensinar" a mulher a fazer os puxos, contrariando o que se considera como boas práticas de atenção ao parto e nascimento no parto normal.

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).

A partir das observações da rotina das equipes, evidenciou-se uma fragilidade e uma fragmentação do trabalho, fato que coloca em risco a segurança dos pacientes. Nas falas, os profissionais reconhecem que há falhas nas condutas, conflitos interpessoais e tensões entre as categorias profissionais que afetam o cuidado e a atenção ao parto e promovem a insegurança nas equipes:

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

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).

Se para os médicos as falhas nos procedimentos no serviço de assistência ao parto podem ser atribuídas à ausência de uniformização dos protocolos e das rotinas, já para os enfermeiros o poder médico centralizado é o principal responsável pela fragmentação desse serviço, embora reconheçam que os protocolos não são seguidos por todas as categorias profissionais, conforme foi relatado por uma enfermeira: "Aqui não tem política de saúde, é terra de ninguém, quem manda é o médico que está de plantão, é a política dele!" (P1 enfermeira).

A não utilização de protocolos definidos e o emprego de técnicas inadequadas que causam danos à saúde das pacientes, pela inexperiência e inabilidade do profissional em processo de formação, são fatores agravantes no cotidiano dessa instituição de ensino. Além disso, a formação dos profissionais dessa área também é criticada em alguns pontos, principalmente no que se refere à sua preparação para transmitir seus conhecimentos a estudantes. Os depoimentos dos profissionais a seguir expõem as lacunas na formação acadêmica no ensino da obstetrícia para médicos e enfermeiros:

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. (P1, enfermeira).

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 dúvida [...], então talvez para a gente isso pareça claro, que o acadêmico possa fazer, mas até onde vai esse respaldo? (P5, médico).

É perceptível, nesses casos, a importância de um docente que atue também como supervisor na realização dos procedimentos técnicos e das discussões sobre cada paciente. No entanto, alguns profissionais denunciam problemas nessa relação ensino-aprendizagem no hospital do estudo:

Os preceptores não têm perfil de docente e não têm capacitação para isso, porque no consultório particular eles até podem tomar condutas diversas com as pacientes deles, mas aqui não pode ser assim, é todo um conjunto. (P8, enfermeira).

O EMPIRISMO NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM

A formação dos médicos é criticada por um número significativo de profissionais da enfermagem, pois alguns procedimentos realizados por aqueles responsáveis por essa formação reproduzem técnicas condenáveis e prejudiciais à mulher e ao bebê.

O caso de uma parturiente, conforme será relatado abaixo, mostra que, mesmo seguindo recomendações da OMS durante o trabalho de parto, nem sempre seus usos são realizados de modo adequado.

Esses dias chegou uma paciente com 3 cm de dilatação [...] e a fisioterapeuta colocou na bola [bola suíça], e daí eu questioneei e ela disse que era para dilatar. Ora, não é esse conhecimento que eu tenho da bola suíça, e você vê que não está dando resultando nenhum. Então, o uso das boas práticas não é simplesmente botar a paciente em cima de uma bola, virar as costas e sair, tu precisa dar uma justificativa científica. (P3, enfermeira).

A FALTA DE DIÁLOGO E/OU COMUNICAÇÃO CONFLITUOSA

As relações conflituosas e a falta de diálogo entre médicos e enfermeiras e embates em torno da legitimidade profissional emergiram como temas nevrálgicos que alteram a rotina hospitalar:

A enfermagem tem denunciado quando o preceptor está ausente da sala durante a cesárea. Acho que o Vigihosp foi uma forma de alguém nos enxergar, e ele não tem sido efetivo [...] mas está se voltando contra a gente. Os médicos ficaram sabendo que a gente está fazendo o registro... ao invés deles tentarem melhorar, 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 profissionais da enfermagem reiteram em suas falas as dificuldades nas relações interpessoais e hierárquicas no hospital, indicando o mau uso do sistema de ouvidoria criado na instituição para registrar erros profissionais. Esse contexto de falta de diálogo e ou comunicação conflituosa entre as equipes incide diretamente de forma negativa sobre a assistência à mulher e ao parto:

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 questioneei e, quem não sabe, com certeza vai administrar. (P2, técnica de enfermagem).

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 estresse entre os profissionais e esses fatores podem refletir, direta ou indiretamente, de forma negativa no atendimento à gestante. Isso foi destacado na fala de um profissional médico:

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 aja 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; e 3) 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. 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, associada a uma comunicação ineficaz, como foi presenciado durante o trabalho

de campo, podem trazer problemas de várias naturezas, dentre eles a fragmentação do cuidado.

AS PERCEPÇÕES DIFERENCIADAS SOBRE A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

As diferentes percepções dos profissionais de saúde sobre a violência obstétrica ainda geram para os profissionais de saúde certa dificuldade para refletir sobre essas práticas, ainda que reconheçam que elas existem manifestando-se nas mais diversas formas:

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).

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 comunicar sobre o que está fazendo. (P1, enfermeira).

Outros, porém, conseguem identificar determinados procedimentos como uma clara conduta violenta. Um exemplo disso é o caso do uso da ocitocina e episiotomia:

Eu acho que ocitocina é uma violência obstétrica porque tu está forçando uma coisa e... a natureza é sábia. [...] 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).

Segundo os entrevistados, 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"). No relato abaixo, evidencia-se o quanto o procedimento é 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 tremendos na vulva da mulher [...]" (P8, enfermeira).

Ressalta-se que, para corrigir a lesão genital deformada pela episiotomia, há necessidade de intervenção de outro profissional. Contudo, não são todas as mulheres que têm recursos financeiros para pagar os procedimentos corretivos ou uma cesárea que evitaria lesões perineais. O depoimento de um profissional de saúde resume de forma dramática as práticas violentas que ocorrem na assistência ao parto no hospital do estudo, levando inclusive a situações de óbitos de bebês.

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, enfermeira).

Um fator "facilitador", atribuído à ocorrência da violência obstétrica, é a superlotação do estabelecimento hospitalar, fator que faz com que as mulheres fiquem sentadas em cadeiras durante o trabalho de parto ou sejam liberadas para o domicílio sem uma avaliação mais minuciosa. Na opinião de alguns dos interlocutores, a superlotação

faz com que todos se tornem vítimas, desde as usuárias até os profissionais de saúde. Como disse uma enfermeira: "você não ter condições adequadas de trabalho te incomoda, faz mal" (relato diário de campo, 12/04/2017). E prossegue na caracterização: "A violência obstétrica acontece também com os profissionais, pois trabalhar sem as mínimas condições torna os erros mais frequentes", disse outra enfermeira.

Nos encontros, casos recentes de processos contra HU por violência obstétrica foram rememorados pelos entrevistados. Um deles foi o de uma gestante gemelar atendida em janeiro de 2016. Na internação, os bebês apresentavam batimentos cardíacos, constatados por USG, bem como no atendimento na sala de parto. Quando o parto ocorreu, somente um dos bebês foi retirado com vida. O outro estava morto há uma semana, dado o estado de decomposição do corpo, conforme constatado pelos próprios médicos (relato 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 tido como uma novidade para os profissionais. Nas conversas na sala de descanso, por exemplo, levantou-se o debate de como esses casos deveriam ser julgados, uma vez que não há legislação específica sobre a violência obstétrica.

Outro fator "negativo" que necessitaria de correção na assistência pré-natal é denominado pelos profissionais de desconhecimento ou despreparo das mulheres sobre parto:

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 malconduzido, acho que um treinamento com psicóloga, fisioterapeuta seria melhor. (P2, técnica de enfermagem).

Desse modo, para a maioria dos profissionais, a gestante contribui de alguma forma para a violência obstétrica, uma vez que não tem conhecimento sobre seus direitos. 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)

NA CORDA BAMBA DAS CESARIANAS

Um dos depoimentos confirma o panorama, contrariando em parte os relatos dos profissionais acima citados sobre a preferência de mulheres por cesarianas:

E as nossas pacientes antes achavam que o parto ideal para uma mulher era cesariana, hoje tu vê que elas chegam aqui com outro olhar. A experiência mostra que antes conhecimento era 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. (P2, técnica de enfermagem).

O parto normal, no imaginário das gestantes e de alguns profissionais do hospital pesquisado, é associado a dores, mutilações e violência obstétrica, o que é confirmado nos depoimentos a seguir:

Há mulheres que pedem a cesárea por causa da dor (P6, enfermeira).

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 desta intervenção em todas, é um abuso. (P4, médica).

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

No que se refere ao eixo quatro 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 éticas¹⁸. Cabe destacar, no entanto, que ainda existem questões a serem discutidas que interferem diretamente nesse sistema e na forma com que os profissionais lidam com os mais diversos casos em seus respectivos hospitais.

Em uma pesquisa¹⁹ realizada com 23.940 puérperas, no período de 2011-2012, mostrou-se que a via de parto de preferência inicial das mulheres foi o vaginal (68,5%), por razão de melhor recuperação física. O desejo pela cesariana se deve, principalmente, pelo medo da dor do parto. 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 deles²⁰. Pode-se supor que, quando as mulheres escolhem a cesárea para fugir de um parto violento, isso seja reflexo de uma configuração médico-hospitalar que imputa à mulher procedimentos dolorosos, como a episiotomia, considerada uma violência sexual com sequelas pela dor intensa da sutura.

Outro fator desencadeador da violência obstétrica são os erros causados pela inabilidade técnica do profissional que pode desencadear uma morbidade materna grave, conhecida como o near miss materno, e é passível de acontecer no processo de formação de profissionais, quando não se tem uma supervisão adequada²¹. A morbidade materna grave é 50 vezes mais comum que a morte materna e pode causar danos importantes, muitas vezes de caráter permanente. Outros autores indicam que o near miss materno está relacionado a uma assistência à saúde de pior qualidade e/ou à falta de assistência pré-natal¹²⁻¹³. Desse modo, constata-se a importância do papel do preceptor enquanto educador presente na supervisão, assumindo uma função de docente-clínico, realizando procedimentos técnicos e moderando a discussão de caso²².

Insinua-se, nos depoimentos acima, que a cesariana seria uma "solução" para a violência obstétrica, a despeito do debate que mostra que o Brasil vive uma epidemia destas operações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciaram que as práticas consideradas iatrogênicas, ou seja, desnecessárias na maioria das vezes, como a manobra de Kristeller, episiotomia, uso de ocitocina e posição supina, estão sendo utilizadas de forma recorrente nos atendimentos. Esses equívocos acontecem pela inexperiência dos alunos em processo de formação, associada à supervisão inadequada dos professores, preceptores que deveriam dar o suporte e os ensinamentos sobre as evidências científicas do parto. Os partos considerados fisiológicos, isto é, aqueles que baseiam seu cuidado nas boas práticas de atenção ao parto e nascimento, foram pouco relatados pelos sujeitos da pesquisa, evidenciando que são pouco vistos e ensinados no universo acadêmico de atenção obstétrica.

Além disso, constatou-se que protocolos definidos no HU não são colocados em prática, colocando em risco a segurança da paciente. Por exemplo, não há *rounds* entre equipe multiprofissional: as passagens de plantão são feitas por um núcleo profissional que se restringe, neste caso, à enfermagem e à medicina. Com isso, a maioria das práticas segue condutas que não estão nos *guidelines*, considerados padrão ouro nas evidências científicas. Como consequência disso, há forte associação dessas atividades com a morbimortalidade materna e neonatal.

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, um "jogo de empurra" de quem é a culpa que justificaria as práticas iatrogênicas.

Conclui-se que é indispensável que ocorram mudanças na formação do hospital universitário do modelo tecnocrático, essencialmente centrado no profissional médico, para um modelo que valorize as boas práticas de atenção ao parto e nascimento com vistas ao modelo de atenção humanista e multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Pain and the protagonism of women in parturition. *Braz J Anesthesiol* [Internet]. 2011 [citado em 2019 Out 16];61(3):376-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942011000300014.
2. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum* [Internet]. 2015 [citado em 2017 Jun

02];25(3):377-84. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629>.

3. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. [Internet] *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov [citado em 2019 Out 16];75(suppl 1):S5-S23. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020729201005100?via%3Dihub>.

4. Brasil, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde fará monitoramento online de partos cesáreos no país [Internet]. Ministério da Saúde. 2018 Mar 07 [citado em 2017 Nov 18]. Disponível em: <http://portals.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/42714-ministerio-da-saude-fara-monitoramento-online-de-partos-cesareos-no-pais>.

5. Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Serviço de Estatística partos normais e cesáreas. Santa Maria: HUSM; 2018.

6. Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregolato OS, Silva MG, Shimo AKK. From institutionalized birth to home birth. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Out 16];15(2):362-70. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3170/2433>.

7. Martins AC, Barros GM. Will you give birth in pain? Integrative review of obstetric violence in Brazilian public units. *Rev dor* [Internet]. 2016 Set [citado em 2019 Jun 15];17(3):215-218. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132016000300215&lng=pt&nrm=iso&tln=pt.

8. World Health Organization. Maternal and newborn health/safe motherhood unit care in normal birth: a practical guide [Internet]. Geneva: WHO; 1996 [citado em 2019 Jun 15]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.

9. Brasil, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Diretriz nacional de assistência ao parto normal: relatório de recomendação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 2019 Jun 14]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_DiretrizPartoNormal_CP.pdf.

10. Silva BG, Lima NP, Silva SG, Antúnez SF, Seerig LM1, Restrepo-Méndez MC, et al. Maternal mortality in Brazil from 2001 to 2012: time trends and regional differences. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [citado em 2019 Jun 15];19(3):484-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000300484&script=sci_arttext&lng=en.

11. Lemos F. Hospital Universitário de Santa Maria atesta óbito de bebê vivo [Internet]. *G1.com*. 2018 Set 18 [citado em 2019 Out 16]. Disponível em <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2018/09/18/hospital-universitario-de-santa-maria-atesta-obito-de-bebe-vivo.ghtml>.

12. Dias MA, Domingues RMSM, Schilithz AO, Nakamura-Pereira M, Diniz CSG, Brum IR, et al. Incidence of maternal near miss in hospital childbirth and postpartum: data from the Birth in Brazil study. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 Ago [citado em 2019 Jun 15];30(suppl 1):s1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300022&lng=en&nrm=iso&tln=en.

13. Rosendo TM, Roncalli AG. Maternal near misses and health

inequalities: an analysis of contextual determinants in the State of Rio Grande do Norte, Brazil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 Jun [citado em 2019 Jun 15];21(1):191-201. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100191.

14. Callaghan WM, Mackay AP, Berg CJ. Identification of severe maternal morbidity during delivery hospitalizations, United States, 1991-2003. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2008 [citado em 2019 Out 16];199(2):133.e1-8. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(07\)02332-0/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(07)02332-0/fulltext).

15. Botti SHO, Rego STA. Clinical teacher: the complex role of the preceptor in medical residency. *Physis (Rio J)* [Internet]. 2011 [citado em 2019 Jun 16];21(1):65-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000100005&lng=en&nrm=iso&tln=pt.

16. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Jun 15];30(suppl 1):17-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso&tln=en.

17. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, d'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saude Pública* [Internet]. 2014 [citado em 2019 Jun 15];30(suppl 1):S1-S16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&lng=en&nrm=iso&tln=en.

18. World Health Organization. Human Reproduction Program [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado em 2019 Jun 15]. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/hrp/en/>.

19. Uchôa SAC, Camargo Jr KR. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências?. *Ciên Saude Colet* [Internet]. 2010 Jul [citado em 2019 Jun 29];15(4):2241-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000400038.

20. Zanardo GLP, Uribe MG, Nadal AHR, Habigzang LF. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol Soc* [Internet]. 2017 Jul [citado em 2019 Out 16];29: e155043. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218.

21. Chourabi LF. 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 na internet]. Rio de Janeiro: ENSP; 2018 [citado em 2019 Out 16]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/31149/2/lizandra_flores.pdf

22. Morse ML, Fonseca SC, Gottgroy CL, Waldmann CS, Gueller E. Morbidade Materna Grave e Near Misses em Hospital de Referência Regional. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2011 Jun [citado em 2019 Out 16];14(2):310-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000200012&lng=en&nrm=iso.

RECEBIDO: 28/08/2019

ACEITO: 18/10/2019