

Violência institucional na gravidez de alto risco à luz das gestantes e enfermeiras

Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses
Violencia institucional en embarazos de alto riesgo a la luz de mujeres embarazadas y enfermeras

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante¹

ORCID: 0000-0002-6677-6077

Maria Salette Bessa Jorge¹

ORCID: 0000-0001-6461-3015

¹Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artigo:

Brilhante APCR, Jorge MSB. Institutional violence in high-risk pregnancy in the light of pregnant women and nurses. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20180816. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0816>

Autor Correspondente:

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
E-mail: apcrbrilhante@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Cristina Parada

Submissão: 30-10-2018 **Aprovação:** 26-09-2019

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção das enfermeiras e gestantes de alto risco sobre a violência institucional no acesso as redes de atenção básica e especializada na gestação. **Método:** estudo qualitativo, desenvolvido de março a junho de 2017, Fortaleza, Ceará, com enfermeiras e gestantes de alto risco. Utilizou-se entrevista semiestruturada, analisada pela técnica de análise temática, emergindo três categorias: acesso das gestantes às redes de atenção; violência institucional na percepção das enfermeiras e violência institucional na percepção das gestantes. **Resultados:** as participantes revelaram deficiência no conhecimento sobre violência institucional. As enfermeiras perceberam essa violência na insuficiência de recursos, no acesso, poucas reconheceram como violação de direito. As gestantes referiram deficiência no acesso às redes de atenção, medicamentos, exames, e não perceberam essa dificuldade como violência. **Considerações finais:** a violência institucional está presente na gestação de alto risco, enfermeiras e gestantes nem sempre percebem essa violência como violação de direitos.

Descritores: Violência; Gravidez de Alto Risco; Cuidado Pré-Natal; Atenção Integral à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to understand the perception of high-risk nurses and pregnant women about institutional violence in access to basic and specialized care networks in pregnancy. **Method:** a qualitative study developed from March to June 2017 in the city of Fortaleza, state of Ceará, with nurses and pregnant women at high risk. A semi-structured interview was used, analyzed by the thematic analysis technique. Three categories emerged: access of pregnant women to care networks; institutional violence in the perception of nurses; and institutional violence in the perception of pregnant women. **Results:** participants revealed deficiencies in knowledge about institutional violence. Nurses perceived this violence in the lack of resources and access, few recognized as a violation of rights. The pregnant women reported deficient access to care networks, medicines, tests, and did not perceive this difficulty as violence. **Final considerations:** institutional violence is present in high-risk pregnancy, nurses and pregnant women do not always perceive this violence as a violation of rights.

Descriptors: Violence; High-Risk Pregnancy; Prenatal Care; Comprehensive Health Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: comprender la percepción de las enfermeras de alto riesgo y las mujeres embarazadas sobre la violencia institucional en el acceso a redes de atención básica y especializada durante el embarazo. **Método:** estudio cualitativo, desarrollado de marzo a junio de 2017, Fortaleza, Ceará, con enfermeras y mujeres embarazadas en alto riesgo. Se utilizó una entrevista semiestructurada, analizada por la técnica de análisis temático, surgiendo tres categorías: acceso de mujeres embarazadas a redes de atención; violencia institucional en la percepción de las enfermeras y violencia institucional en la percepción de las mujeres embarazada. **Resultados:** los participantes revelaron una falta de conocimiento sobre la violencia institucional. Las enfermeras percibieron esta violencia en la falta de recursos y acceso, pocos reconocidos como una violación de los derechos. Las mujeres embarazadas informaron un acceso deficiente a las redes de atención, medicamentos, pruebas y no percibieron esta dificultad como violencia. **Consideraciones finales:** La violencia institucional está presente en los embarazos de alto riesgo, las enfermeras y las mujeres embarazadas no siempre perciben esta violencia como una violación de los derechos.

Descriptor: Violencia; Embarazo de Alto Riesgo; Cuidado Prenatal; Atención Integral de Salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A gravidez é considerada um evento fisiológico natural, que transcorre sem intercorrências, porém em 20% dos casos há a probabilidade de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe⁽¹⁾, configurando, assim, uma gestação de alto risco, definida por uma série ampla de condições clínicas, obstétricas e/ou sociais que podem trazer complicações na gestação⁽¹⁻³⁾.

Esses riscos, em sua maioria, estão relacionados com as doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez por causas orgânicas, biológicas, químicas e ocupacionais, assim como devido às condições sociais e demográficas desfavoráveis⁽⁴⁻⁵⁾. Portanto, a gestante que se encontra nessa condição necessita ser acompanhada pelas redes de Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada (AE), e a não garantia dessa atenção configura violência institucional a partir da violação de direitos.

A violência institucional é exercida nos/pelos serviços públicos, por ação ou omissão, podendo incluir desde a dimensão mais ampla da falta de acesso à má qualidade dos serviços, às peregrinações por diversos serviços na busca pelo atendimento e às longas esperas, à uma assistência efetiva e resolutiva, ao desrespeito ao direito de não discriminação, ao atendimento realizado de maneira mecânica, sem vínculo, afeto e respeito pela pessoa que o recebe, presença de práticas não éticas contra seus clientes/pacientes, portanto, com violação de direitos à saúde⁽⁶⁻⁷⁾.

Na violência institucional, observa-se a presença da violência simbólica e da estrutural, e que, no caso deste estudo, a violação dos direitos da gestante de alto risco pode estar relacionada principalmente à desigualdade e à exclusão social. Dessa forma, ocorre uma negação a determinados grupos à possibilidade de igualdade de oportunidades, entre elas o acesso às políticas públicas, como a saúde.

Dentre os elementos que constituem as diferentes formas de violência institucional na gestação de alto risco, este artigo será orientado pela violência simbólica e a violência estrutural presente no cotidiano dos serviços de saúde, em uma de suas modalidades, a violência por omissão. Essa forma de violência consiste na negligência e no descaso vivenciados pelas gestantes de alto risco, quando ocorre a deficiência no acesso em suas diferentes dimensões.

A relevância do estudo sobre este tema justifica-se pela importância de se dar maior visibilidade às situações vivenciadas pelas mulheres na gestação de alto risco nas redes de Atenção à Saúde no município de Fortaleza, e pela lacuna de estudos relacionados à violência institucional experienciada pelas gestantes de alto risco no acesso da AB à AE.

O presente artigo discute parte dos resultados da tese de doutorado da primeira autora "Violência institucional às mulheres com gestação de risco: desafios para o acesso e o cuidado da Atenção Básica à Atenção Especializada". Diante das colocações apresentadas, delimita-se a seguinte questão norteadora: Qual a percepção das enfermeiras e das gestantes de alto risco quanto à violência institucional no acesso as redes de AB e especializada na gestação ?

OBJETIVO

Compreender a percepção das enfermeiras e das gestantes de alto risco sobre a violência institucional no acesso as redes de AB e AE na gestação.

MÉTODO

Aspectos éticos

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Os componentes éticos e legais estão presentes em todas as fases da pesquisa, em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A representação do nome dos sujeitos foi expressa pela sigla E (Enfermeira) e G (Gestante), seguida pelo número, conforme ordem cronológica da entrevista, garantindo o sigilo e anonimato.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), condicionando à sua participação, assegurando o anonimato e o sigilo das informações, confirmado com a utilização de um código para Enfermeiras (E) e Gestantes (G).

Referencial teórico

Os conceitos nucleares deste estudo estão apoiados nas ideias de acesso apresentadas por Assis e Jesus⁽⁸⁾; baseados em Giovanella e Fleury⁽⁹⁾, que propõem um modelo de análise do acesso aos serviços, procurando uma compreensão multidimensional do problema, levando em conta aspectos sociais e políticos; da violência simbólica de Pierre Bourdieu⁽¹⁰⁾, acerca dos Direitos Humanos, a partir da proposta do sociólogo em relação a emancipação, desnaturalização dos mecanismos da violência simbólica e da violência estrutural segundo Minayo⁽¹¹⁾.

Os pressupostos teóricos buscados em Bourdieu propiciaram maior compreensão da ocultação ou dissimulação pela conquista da cumplicidade dos dominados, isto é, dos destinatários da violência simbólica⁽¹⁰⁻¹²⁾. Dessa forma, o dominado, embora revoltado, não consegue, em estado isolado, opor-se a essa dominação, restando-lhe aceitá-la como natural⁽¹³⁾.

Sendo assim, Bourdieu traz a proposta de emancipação, de desnaturalização e desinvisibilização das situações vivenciadas pelas gestantes de alto risco, no momento em que são submetidas à dominação do Estado, sem que percebam a violação dos direitos à saúde. Desse forma, os dominados aplicam categorias construídas do ponto de vista dos dominantes às relações de dominação, fazendo-as assim ser vistas como naturais [...] ⁽¹³⁾. Portanto, esse tipo de violência imposta, silenciosa, silenciada, naturalizada e socialmente aceita, muitas vezes torna-se invisível às relações de força e de hierarquia existentes entre dominantes e dominados.

Na violência estrutural, norteou-se a partir de Minayo⁽¹¹⁾ que refere que esse tipo de "violência é gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizadas e ocultas em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à opressão dos indivíduos". Em determinados momentos, certos interesses das classes exploradas são satisfeitos com a intenção de fazê-las crer que estão atingindo seus direitos⁽¹¹⁾.

Dessa forma, mantém-se a população alienada à violência institucional presente nos serviços de saúde a qual está submetida cotidianamente a partir da violação dos direitos básicos na deficiência do atendimento às suas necessidades.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo alicerçado na abordagem qualitativa, no qual trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis⁽¹⁴⁾. Optou-se por esse tipo de estudo, por possibilitar apreender e revelar os processos de subjetivação inerentes à temática estudada.

Cenário do estudo, população e período

Fortaleza está dividida administrativamente em seis secretarias regionais, e conta com cinco unidades de referência para gestação de alto risco, sendo duas da rede municipal, duas estadual e uma federal. O estudo foi realizado nas redes de AB e especializada, ou seja, em seis Unidades Básicas de Saúde-UBS (uma unidade de saúde por regional) e em dois serviços especializados de referência para gestação de alto risco (atenção secundária e terciária) no município de Fortaleza, Ceará. Participaram da pesquisa oito gestantes de alto risco e oito enfermeiras, destas, seis eram da rede de AB e duas da AE, totalizando 16 entrevistas.

Adotou-se como critério de inclusão enfermeiras com vínculo empregatício vinculadas à uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e que acompanhavam gestante de alto risco. Na AE, as que realizavam acolhimento da gestante de alto risco, quando referenciada pela ESF, e que concordassem em participar do estudo, situação necessária para as duas redes de atenção.

Quanto à gestante de alto risco, tinha que ser encaminhada pela ESF, ter realiza do pelo menos uma consulta na AE, residir em Fortaleza, não apresentar déficit cognitivo ou algum tipo de complicação que impedisse a comunicação e que concordasse em participar do estudo.

As entrevistas aconteceram entre os meses de março a junho de 2017, em local reservado nas unidades de saúde, após contato com a gestão local e agendamento prévio com as enfermeiras, durante seu horário de trabalho. Em relação às gestantes, as entrevistas ocorreram por ocasião da consulta na unidade de referência da atenção especializada. O tempo médio para cada entrevista foi em média de quarenta minutos, foram gravadas, transcritas na íntegra e codificadas.

Coleta e organização dos dados

Utilizou-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta, tendo questões norteadoras que fomentavam a discursividade acerca da percepção das enfermeiras e das gestantes sobre a violência institucional no pré-natal de alto risco. Esse tipo de entrevista permite ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem se prender à indagação formulada e sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador⁽¹⁵⁾.

Destaca-se que a entrevista foi orientada por um roteiro contendo sete questões para as gestantes, com temas como caracterização das participantes, violência institucional, cuidado no pré-natal de alto risco da AB à AE, acesso e vínculo com os profissionais das duas redes de atenção. Em relação às enfermeiras, abordou-se oito questões, sendo que, além das questões retro

mencionadas, acrescentou-se as facilidades e dificuldades no atendimento à gestante de alto risco, educação permanente e o modelo de atenção do município.

Análise dos dados

A trajetória analítica do material empírico tomou como base a análise de conteúdo, mais especificamente a técnica da análise temática, a qual, para Minayo⁽¹⁵⁾, “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõe uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado” (p. 209). Essa técnica, consta dos seguintes passos: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação. Na pré-análise, foram realizadas leituras e releituras do material e a organização inicial dos discursos objetivando obter uma visão geral do que foi dito pelas participantes e perceber as particularidades. Considerou-se na análise, os discursos explícitos e implícitos. A exploração do material permitiu apreender a relevância entre os discursos de cada participante, classificar as ideias centrais e organizá-las em categorias, agregadas por similaridades. A etapa de tratamento dos resultados/inferência/interpretação consistiu na elaboração de uma síntese interpretativa das três categorias que emergiram: 1) Acesso da gestante de alto risco às redes de AB e AE; 2) Percepção da violência institucional à luz das enfermeiras das duas redes de Atenção; 3) Percepção da violência institucional à luz das gestantes de alto risco.

RESULTADOS

Quanto à caracterização sociodemográfica das oito gestantes participantes do estudo, tinham a faixa etária média de 34 anos, variando entre 20-35 anos. Quanto à escolaridade, somente duas não tinham ensino médio completo. Em relação às enfermeiras, eram majoritariamente do sexo feminino (7), tinham a faixa etária média de 35 anos, todas referiram uma ou mais especialização, e uma tinha o título de mestre. A seguir, as categorias temáticas que emergiram a partir dos discursos das participantes do estudo:

Acesso da gestante de alto risco às redes de Atenção Básica e Especializada

No município do estudo, o acesso à AE se dá após o agendamento no Núcleo de Apoio ao Cliente (NAC), a partir das vagas ofertadas pelo sistema de regulação do município, entretanto, na inexistência da vaga, a gestante retorna à unidade em busca desse agendamento. Nessa situação, a coordenação da unidade entra em contato com a técnica da saúde da mulher da regional de saúde para encaminhamentos junto à regulação regional e/ou o nível central, conforme a seguir:

[...] e aí, com esse encaminhamento, a gestante leva para o NAC [recepção]. Caso não tenha vaga fica na fila de espera, eu levo o caso para a coordenadora da unidade, para que ela entre em contato com a responsável pela saúde da mulher da regional, para agilizar essa consulta. Muitas vezes, é difícil, a gestante retorna várias vezes a unidade em busca da agenda, pois nunca ela saiu agendada, pelo menos nunca vi. (E6)

Percebeu-se que apesar da existência do sistema de regulação, ainda é comum os fluxos informais, a utilização de diferentes estratégias, movimentos instituintes realizados principalmente pelas enfermeiras e pelas gestantes para o acesso à AE.

[...] na teoria, até a gente sabe esse fluxo, mas a gente não vê isso acontecendo na prática. A questão do acesso a consulta especializada ainda é uma grande dificuldade, apesar de ser dito nas reuniões que vai melhorar, existe um grande entrave nessa questão, situação que leva consequência para a mulher e a criança. (E3)

[...] sempre quando atendo uma gestante de alto risco fico preocupada, pois sei da dificuldade. Encaminho para o médico da minha equipe fazer a referência, mas sei que não é fácil, fico ligando para tentar a vaga para diferentes lugares. (E1)

[...] já faz algum tempo que fui encaminhada pelo médico do posto porque meu pré-natal era de risco, mas somente agora quase no final da gravidez que consegui. Acho que fiquei mais de dois meses esperando... só consegui porque vim aqui para bater uma ultrassom e falei com o médico daqui, aí ele conseguiu, se não fosse isso, nem sei... (G8)

[...] estava demorando muito a vaga para o hospital, minha gravidez é de risco, fui muitas vezes na unidade e continuava aguardando na fila de espera, então fui direto no hospital e consegui marcar a consulta depois que falei do meu caso. Não voltei mais no posto. (G3)

Pelos depoimentos das enfermeiras das duas redes de atenção, percebeu-se que a referência ao serviço especializado para gestante de alto risco consiste ainda em desafios a serem enfrentados pelo município, pois os sistemas regulatórios ainda são deficientes.

[...] a gente faz o encaminhamento na primeira consulta à unidade de referência com encaminhamento formalizado pelo prontuário eletrônico. A gestante é comunicada formalmente, e orientada para que leve em mãos para a regional. Então, por telefone, são passados os dados dessa gestante para a regional, no intuito de agilizar a consulta. (E4)

[...] a gente vê muito isso no pré-natal na atenção especializada, semana passada, peguei várias gestantes que chegaram com 38 semanas para triagem, que só tem vaga no próximo mês, ela vai parir e não vai passar pelo pré-natal por conta dessa peregrinação... demora muito chegar aqui. (E7)

Portanto, é possível perceber as situações-limites enfrentadas pelas gestantes e profissionais de saúde, em especial pelas enfermeiras, uma vez que muitas gestantes recorrem a essa profissional quando necessitam. Percebeu-se algumas UBS sem agendamento do retorno da gestante após a consulta, contribuindo na não responsabilização do cuidado, conforme discurso das entrevistadas:

[...] demorou o agendamento no hospital, e quando saiu foi para longe de casa, e na unidade de saúde fiquei por dois meses sem consulta, não agendaram meu retorno, tive que ficar indo na unidade várias vezes, pois nunca tem vaga, nem para o médico

e nem para a enfermeira, falta medicamentos, exames, nunca fiz uma ultrassom pelo posto. (G5)

[...] a gente costumava agendar o retorno, a nossa agenda é aberta mensalmente. Muitas vezes o que acontece, a agenda não está aberta, você não consegue marcar, mesmo quando o profissional tem disponibilizado o cronograma bem antes... dessa forma, a gestante fica indo várias vezes para agendar. (E1)

Violência institucional na percepção das enfermeiras

A violência institucional foi apresentada pelas enfermeiras entrevistadas de diferentes formas, até mesmo enquanto uma temática nova, revelando deficiência na discussão sobre essa forma de violência, seja nos serviços de saúde e/ou nos processos de formação.

[...] essa discussão é nova para mim, já fiz vários cursos sobre violência contra a mulher, mas nunca foi abordado essa questão. A violência contra a mulher é mais discutida em relação a Lei Maria da Penha e ao parto, no momento do parto, mas não nesse tipo. (E5)

Progressivamente, conforme a entrevista se aprofundava, as percepções das enfermeiras ganhavam expressão, visibilidade e não naturalização, pois algumas elaboraram uma concepção mais ampliada da violência institucional, relacionando essa forma de violência com a violação dos direitos à saúde, na sua não garantia conforme a Constituição Federal do País.

[...] acho que esse tipo de violência começa quando não são atendidas as necessidades básicas da gestante, como seus exames, pois já vivenciamos até cota de exames de rotina, assim como ausência de ferro, ácido fólico. O Estado não cumpre o seu papel. (E2)

[...] na nossa vivência nas unidades de saúde, nós não temos essa rede organizada, nós não damos a garantia de que essa gestante vai ter o seu pré-natal completo, com todas as consultas, com a garantia dos exames, ultrassonografias. Atualmente, não é garantido, mesmo sendo de alto risco poderá não ser atendida as suas necessidades. (E6)

A maioria das entrevistadas percebem a presença da violência institucional na gestação somente por ocasião do parto, seja na forma de tratamento e/ou peregrinação, embora tenham revelado diferentes situações vivenciadas pelas gestantes no pré-natal de alto risco que configurem violência institucional, nem sempre percebem como tal. Portanto, muitas situações presentes na atenção ao pré-natal de alto risco, não são compreendidas como violação dos direitos.

[...] para mim, é aquela mulher que está na maternidade, que escuta piada, que não quer ter o parto normal, mas tem que ter o normal ou o contrário. Também está presente muitas vezes na hora do parto, pois procura vários hospitais em busca de atendimento. (E8)

Para as que referiram que essa forma de violência está relacionada à violação de direito à saúde, revelaram que pouco se discute esse tema. Para as enfermeiras, esse tipo de violência também ocorre contra o profissional de saúde, no momento em que não possuem condições de trabalho adequada para atender a gestante, como falta de privacidade no momento do

atendimento, recursos materiais básicos, vagas para garantia de seus retornos, conforme abaixo:

[...] a falta de condição de trabalho é uma forma de violência institucional para a gestante e para o profissional. Temos um sonar para oito equipes, muitas vezes a balança está quebrada, enfim. Existe muitas equipes incompletas, sem médico, sem agentes de saúde, tudo isso dificulta e provoca diferentes formas de violência, entre elas a institucional. (E4)

[...] não existe privacidade para atendimento das gestantes, a unidade é pequena para o número de equipes, o profissional ao lado escuta tudo. Existe priorização da demanda espontânea, isso é uma violência institucional para a gestante e para a profissional, dificulta seu acompanhamento até na saúde da família, não tem vagas suficientes. (E6)

Essas situações foram reveladas por algumas das entrevistadas, pois é comum a deficiência de estrutura, principalmente de recursos materiais e humanos na AB e AE, com prejuízo na qualidade da atenção à gestante, em especial a de alto risco. A presença de equipes incompletas e a deficiência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estiveram presentes por ocasião do estudo nas regionais de saúde, assim como a existência de diferenças na organização do processo de trabalho.

Os discursos a seguir retratam que tem ocorrido movimentos instituintes pelas enfermeiras, diante da dificuldade de encaminhamento da gestante à consulta especializada. Para as entrevistadas, são utilizadas diferentes estratégias e fluxos em busca do acesso aos serviços especializados, sejam eles formais e/ou informais, e essa situação leva à violação de direitos, ocasionando violência institucional, embora de forma não explícita.

[...] quando a gestante não consegue agendar a consulta, entramos em contato com a coordenação da área técnica da saúde da mulher, regulação na regional, com o hospital terciário, até mesmo o SUS amigo. Muitas vezes é difícil, não conseguimos. (E3)

[...] fico preocupada ao atender uma gestante de risco, pois fico logo lembrando da dificuldade em conseguir uma vaga na atenção especializada, assim mesmo sabendo que irá para o sistema de regulação, utilizo várias estratégias de forma informal. (E1)

Violência institucional na percepção das gestantes

A violência institucional é pouco visualizada pela gestante. Ainda não compreendem o que seja direito à saúde, pois muitas das gestantes entrevistadas revelaram dificuldades vivenciadas na gravidez quanto ao acesso nas suas diferentes dimensões, entre eles, à AE, a medicamentos e/ou a exames. Porém, muitas delas não reconhecem essas dificuldades como violência institucional provocada pelo serviço de saúde, conforme discurso abaixo:

[...] a gente se sente muito mal, uma angústia, pois a necessidade de ser atendida é grande, muitas vezes você leva "não" toda vida, às vezes não tem médico, não tem exame. Nem o ultrassom que não é muito caro tem...eu fiquei duas semanas tentando agendar a consulta para cá, só consegui porque vim direto aqui [referência], e marquei na primeira semana, mas pelo posto não tinha vaga, e quando se consegue às vezes é longe. (G1)

[...] não, aqui não tem violência não, o problema aqui é a falta de medicamento, exames, consultas, nunca tem nada, tudo muito difícil, pois às vezes um medicamento como sulfato ferroso, que é muito barato falta, muito triste, muito descaso... (G2)

[...] não recebi nem o sulfato ferroso..tem um médico e um enfermeiro para atender um horror de gente...aí quando não é atendido, escolhambam os médicos..eu acho isso errado, pois eles não têm culpa, eu não disse nada, não escolhambam, fico na minha. (G4)

Percebe-se, por meio dos discursos das participantes, a presença de sentimento de angústia, de preocupação e de tristeza, em virtude das dificuldades vivenciadas na gestação de alto risco. Algumas gestantes relacionaram essa dificuldade à sua condição financeira, pois poderiam resolver de forma mais rápida no serviço de saúde particular. Uma das gestantes revelou que essas dificuldades levam à violência também contra o trabalhador, embora revelada de forma não explícita.

[...] a gente se sente fracassada de não poder pagar consulta particular, eu me sinto angustiada, preocupada. Aqui só essa semana já vou ter duas consultas, toda vez que a doutora pede um ultrassom, eu marco, mas lá [Atenção Básica/ESF] a gente não consegue. O médico e a enfermeira do posto fazem seu trabalho, só que nada tem, não tem vaga, existe muita dificuldade. (G6)

[...] eu acho que os profissionais não têm culpa, porque eles estão trabalhando. Tem gente que não consegue a consulta, o exame, "escolhambam" e culpa o profissional. Quem tem culpa é a gestão que não bota os remédios, médico, enfermeira para atender. (G8)

DISCUSSÃO

A violência institucional se apresenta de forma oculta, silenciosa e silenciada nas redes de atenção do município de Fortaleza, na medida que não está garantida a integralidade da atenção, a presença de violação dos direitos das gestantes de alto risco no acesso da AB à AE.

Na atenção ao pré-natal no município pesquisado, a consulta inicial é realizada por enfermeira, com consultas intercaladas com o médico, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde e o da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza. Sendo assim, o acesso da gestante ao pré-natal de alto risco ocorre após a estratificação de risco na ESF, e está dividida em três riscos, conforme as diretrizes clínicas da atenção à gestante da SMS: risco habitual, intermediário e alto risco. Nessa última situação, a gestante é encaminhada a um serviço de referência para acompanhamento especializado, seja na atenção secundária e/ou terciária após avaliação e marcação da consulta pela central de regulação do município.

O acesso aos serviços de saúde é um tema complexo, envolve diferentes aspectos como políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção⁽¹⁶⁾. Outro componente do acesso refere-se às características dos serviços oferecidos, as quais favorecem ou não a utilização e a validação deste pelo usuário, no que tange à capacidade em atender suas necessidades de saúde⁽¹⁷⁾.

Sendo assim, percebe-se que os serviços públicos do País ainda não conseguem atender as necessidades da população,

na forma da legislação, pois existe uma (des)responsabilização do Estado quanto à garantia do direito à saúde da população, em especial à da mulher na gestação de alto risco, pois tem vivenciado diferentes dificuldades, mesmo estando nessa condição.

Apesar da AB por meio da ESF ser considerada a porta de entrada preferencial do sistema de saúde em Fortaleza, percebeu-se a deficiência na garantia da atenção integral à mulher na gestação de alto risco nas duas redes de atenção, principalmente no que se refere ao acesso à AE. Corroborando com outros estudos nacionais de abrangência local que demonstram a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A partir dessa dificuldade é possível inferir o conceito de violência estrutural presente nos serviços de saúde, como a forma de organização do processo de trabalho, a deficiência de recursos humanos e materiais, a não regionalização das consultas especializadas, dificuldade presente por ocasião do pré-natal de alto risco revelada pelas entrevistadas que levam a violência institucional.

O estudo revelou a inexistência de um fluxo institucionalizado que garanta o caminhar da gestante nas redes de atenção de forma segura, assim como a deficiência de diálogo entre as redes. Essa não comunicação, pode contribuir para o não retorno de muitas das gestantes de alto risco para AB após o acompanhamento na atenção especializada. Portanto, mesmo as gestantes que estejam na condição de alto risco é de responsabilização da equipe da AB/ESF, o seu acompanhamento deve acontecer, seja por meio de atendimento na UBS, visitas domiciliares e outros. Logo, a estruturação de um sistema de referência e contrarreferência eficientes demandam ações efetivas que contrabalançam os efeitos do distanciamento e das diferentes perspectivas de cuidados⁽¹⁷⁾.

A ausência de integração da rede assistencial, associada à oferta insuficiente, repercute negativamente no acesso aos serviços especializados, considerados o grande gargalo do SUS⁽²⁰⁾. Nesse sentido, percebe-se que, mesmo num sistema orientado pelos princípios de territorialização e da coordenação das ações, há várias décadas, ainda é frágil a integração entre Atenção Primária à Saúde (APS) e os cuidados especializados, que funcionam com estruturas de gestão separadas, o que mostra as dificuldades para modificar culturas e interesses⁽²¹⁾.

Sendo assim, a integração das redes de atenção no pré-natal de alto risco é fundamental, a partir da implantação efetiva e institucionalizada de referência e contrarreferência, por meio da central de regulação de consultas de forma regionalizada, assim como o monitoramento das gestantes de alto risco encaminhadas para AE pela AB por meio das equipes da saúde da família.

Percebeu-se portanto, que apesar do sistema universal no Brasil, o cidadão, em especial a gestante de alto risco, presencia dificuldades em acessar as redes de atenção, em especial à AE, pois depara-se com fila de espera, independente da sua condição e da idade gestacional. O não reconhecimento do direito à saúde é percebido quando uma das entrevistadas refere a dificuldade do acesso em virtude de não ter condição financeira para realizar o exame. No entanto, em nenhum momento revelou que, ao não ter acesso, seu direito foi violado. Sendo assim, o exercício

limitado da cidadania é também influenciado pela percepção restrita da população acerca de seus direitos⁽²²⁾.

Avanços importantes em relação ao processo regulatório ocorreu no município, porém não se mostraram suficientes para atender às necessidades da população. A descentralização da regulação para as regionais de saúde foi uma das estratégias implantadas pela gestão municipal e tem contribuído no acompanhamento e monitoramento da fila de espera, entretanto, ainda é um desafio a regionalização da AE, principalmente para o pré-natal de alto risco.

Portanto, apesar dos avanços, ainda é necessário melhorar o fluxo, pois ocorrem de forma diferente nas regionais de saúde. Em alguns casos a gestante é encaminhada à regional em busca desse acesso por não terem a certeza desse agendamento, de fato, a garantia é deficiente. No Brasil, os elevados tempos de espera para marcação de consultas, exames especializados constituem a maior causa de insatisfação referida pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²³⁾.

Nesse sentido, a regulação é uma produção social comportando diferentes lógicas, racionalidades e processualidades. Portanto, essa situação consiste em uma resultante sempre tensa e provisória do cruzamento da multiplicidade organizativa do sistema de saúde⁽¹⁶⁾.

Essas situações presentes na gestação de alto risco contribuem para a presença da violência institucional, embora seja invisível, principalmente por ocasião do pré-natal. Diferentes estudos foram realizados sobre a violência institucional na gravidez, entretanto, foram direcionados para violência obstétrica por ocasião do parto⁽²⁴⁻²⁶⁾. Sendo assim, a violência institucional vivenciada pela gestante de alto risco no momento em que permanece em uma fila de espera para atenção especializada por exemplo, é naturalizada.

Portanto, a violência institucional está presente nas diferentes redes de atenção, se configura na ação ou omissão e no poder abusivo do Estado quando não garante uma atenção adequada. Entretanto, existe deficiência na compreensão de algumas das entrevistadas sobre essa forma de violência. Logo, esperamos provocar reflexões sobre a presença da violência institucional presente do pré-natal, em especial o de alto risco.

Diante de vários aspectos evidenciados sobre a violência institucional presente na gestação de alto risco, o estudo instigou-se a uma série de questionamentos quanto às dificuldades vivenciadas pela gestante de alto risco que depende totalmente da ação do governo. Uma questão importante a ser pensada é se essa ideia de risco assumido num processo de trabalho pelo município tem sido capaz de produzir ações potencializadoras da vida. Se cotidianamente não é observado "Fazer morrer e deixar viver".

Sendo assim, esse tipo de violência é imposta, velada, sutil, e ocorre numa relação de subordinação, submissão e dominação, e que não é reconhecida como tal, nos serviços de saúde, pelas gestantes de alto risco e pelos profissionais de saúde.

Essa questão foi observada nos discursos das enfermeiras, pois apesar de muitas das entrevistadas compreenderem a violência institucional como o não acesso aos serviços de saúde nas diferentes dimensões, poucas delas relacionaram com o direito à saúde garantido pela CF. Direito esse, fundamentado em aspectos como: cidadania, dignidade e soberania popular. A saúde passa, então, a

ser declarada como um direito fundamental de cidadania, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todos os cidadãos⁽²⁷⁾. Dessa forma, tornam-se necessárias discussões sobre o problema, para que de fato essa temática tenha maior visibilização nos diferentes espaços para maior enfrentamento do problema.

As enfermeiras e as gestantes utilizaram diferentes meios em busca de atendimento especializado, uma vez que ir para a fila de espera não garante essa atenção, situação revelada pelas enfermeiras e gestantes de alto risco. Sendo assim, diferentes movimentos realizam, entre eles, a busca pelo SUS amigo. Pesquisa realizada em dois municípios de grande porte da região do ABCD Paulista-São Paulo, para caracterizar outras lógicas existentes da regulação corrobora com os achados desta pesquisa, pois, para além da governamental, referiu também a regulação clientelística, a regulação profissional, e a realizada por usuários⁽²⁸⁾. Portanto, percebe-se que o encaminhamento a AE traz incertezas não somente para as gestantes, mas também para os profissionais de saúde, uma vez que nem sempre o que está instituído é efetivado.

A compreensão das gestantes entrevistadas quanto a essa forma de violência, ainda é muito limitada a outras formas de violência, pois não relacionam com a violação de direitos, embora percebam diferentes situações que configuram como violência, mas que para elas não está claro.

Sendo assim, o seu não reconhecimento da violação do direito como violência, dificulta a visualização do problema e ação efetiva do Estado no que refere a garantia do direito. Ao revisarmos as propostas da Conferência Municipal da Mulher realizada no ano de 2017 em Fortaleza, nenhuma delas estão relacionadas a essa forma de violência por ocasião do pré-natal.

A deficiência de discussão sobre essa forma de violência nos serviços de saúde, na formação e/ou outros espaços contribui para a invisibilização do problema, portanto, lembrando as palavras de Bourdieu & Passeron⁽¹⁰⁾: “o problema público é um problema que merece ser tratado publicamente, oficialmente”. Portanto, não dá visibilidade ao problema contribui para a sua naturalização.

A violência institucional é pouco discutida, mesmo quando é percebida a violação dos direitos da gestante, em especial a de alto risco, poucos têm se indignado com a situação, apenas silenciado, não as percebendo como sujeito de direito. Portanto, nessa forma de violência, observa-se também a presença da violência estrutural que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas manifestações de pobreza, de miséria e de discriminação⁽¹¹⁾.

Percebe-se que apesar da implantação da Rede Cegonha pelo governo federal, os avanços ocorridos no município do estudo, não foram suficientes para garantir atenção integral à mulher no período gestacional, pois muito do que está pautado continua na instância das ideias, estruturado nos decretos, portarias e nas políticas implantadas/implementadas pelas instâncias governamentais.

Portanto, é fundamental que ocorra de fato a organização da rede materno-infantil, a partir da garantia do acesso nas diferentes dimensões, pois em nenhuma situação a gestante, em especial a de alto risco deveria retornar aos serviços de saúde em busca de atendimento e/ou permanecer em fila de espera para qualquer serviço necessário para o seu cuidado. A situação é ainda mais complexa em Fortaleza, pois existe deficiência na

cobertura da população pela ESF/ACS, e dificulta o acompanhamento das gestantes de alto risco referenciadas da AB para a atenção especializada.

A partir dos discursos das gestantes e enfermeiras, percebeu-se que a presença dessas dificuldades, podem contribuir para complicações não somente para a mulher na gestação, mas também para o recém-nascido, situação preocupante diante do cenário do aumento de mortalidade infantil no município estudado nos últimos três anos.

Assim, a violação dos direitos humanos é representada como uma violência que não tem visibilidade, existe deficiência em estudos que articule essa forma de violência a partir da violação do direito, em especial na gravidez de alto risco. Outra questão importante é a deficiência de movimentos instituintes dos profissionais de saúde e da população, em especial das mulheres nessa condição, pois o não acesso muitas vezes tem gerado conformismo, banalização.

A violência na atenção obstétrica é percebida por meio do poder simbólico sofrido pelas mulheres, realizado por pressão e aceito por meio do reconhecimento e obediência do que está posto nos serviços de saúde. Percebe-se que essa é a forma mais propícia da ocorrência dessa violência e, muitas vezes, acabam por disfarçar as reais intenções e relações de poder desiguais vigentes, transformando-as em aceitáveis, configurando-se numa relação entre dominante e dominado⁽¹⁰⁾.

Reconhecer a presença da violência simbólica a partir de força emancipatória, por meio do conhecimento e reconhecimento de sua existência nas redes de atenção que atendem a gestante de alto risco, torna-se necessário. Portanto, buscar padrões de organização, de não dominação para promover uma vida com dignidade à gestante e à criança também é de suma importância.

Desse modo, a gestante de alto risco tem vivenciado a vitimização, a vitimização e a revitimização, por meio dessas situações, configurando-se, muitas vezes, numa negligência e (des)responsabilização, em especial de quem deveria protegê-la, o Estado.

Limitações do estudo

Considera-se como limite desta pesquisa a realização em apenas uma UBS por regional. Dessa forma, não permite a generalização dos achados. No entanto, os resultados apontam necessidades de melhorias nos serviços de saúde do município estudado para enfrentamento das situações-limites vivenciadas pelas gestantes de alto risco, entre elas, a garantia do acesso nas suas diferentes dimensões, assim como outros estudos que abordem essa temática.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A discussão e reflexão sobre a violência institucional poderá subsidiar os movimentos sociais, movimentos de mulheres, gestores e profissionais de saúde, em especial os de enfermagem, quanto às situações-limites presentes nos serviços de saúde que levam a essa forma de violência, sendo necessário a não naturalização e a indignação. Portanto, a inclusão dessa temática na formação dos enfermeiros e demais profissionais de saúde faz-se necessária, assim como nas ações de educação em saúde voltadas para a comunidade, em especial para as gestantes, levando reflexões

sobre direitos humanos, legislações, como também um maior empoderamento de seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência institucional está presente no cuidado à gestante de alto risco no município estudado, pois seus direitos são violados quando não é garantida atenção integral, acesso às suas diferentes necessidades, como foi percebido a partir dos relatos das entrevistadas.

Percebeu-se que essa forma de violência apresenta-se de forma oculta, naturalizada e muitas vezes não percebida pelas enfermeiras e gestantes de alto risco como violência institucional, mesmo sendo referida de forma explícita a presença da violação dos direitos.

Para tanto, é imprescindível que as gestantes, em especial as de alto risco, as enfermeiras e demais profissionais de saúde reflitam e discutam essa temática para maior empoderamento das mulheres na gestação, em especial as de alto risco, com intuito de maior compreensão do que de fato é direito à saúde garantido na Constituição Federal.

Dessa forma, este estudo buscou dar visibilidade sobre as situações-limites enfrentadas pelas gestantes de alto risco no que se refere ao acesso da AB à AE, apontando necessidade de melhoria na organização do processo de trabalho, integração das redes de AB e AE, a partir de diálogo permanente no intuito de garantir atenção integral. Portanto, atender uma gestante de alto risco é de responsabilização das duas redes de atenção, sendo necessário o cuidado compartilhado.

Observou-se que as enfermeiras apresentaram percepção diferente sobre essa forma de violência, para algumas é uma forma de violência não conhecida, salvo por ocasião do parto, entretanto para outras essa forma de violência consiste na violação dos direitos da gestante de alto risco.

As gestantes, apesar de relatarem dificuldades em relação ao acesso à atenção à saúde, apresentaram dificuldades na compreensão de que vivenciam, de fato, violência institucional, em virtude da não garantia do Estado em atender às suas necessidades, submetendo-se muitas vezes a um processo de conformismo e de alienação. Percebeu-se no estudo a existência de movimentos instituintes para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelas entrevistadas, entretanto ainda são insuficientes diante da complexidade do problema.

Por fim, considerando tratar-se de uma temática de grande magnitude social, pouco compreendida e reconhecida pelas gestantes de alto risco e pelas enfermeiras, torna-se necessário maior enfrentamento do fenômeno, com ações efetivas como integração das redes AB e AE, garantia de acesso ao pré-natal de qualidade da AB à AE, a medicamentos e a exames no tempo oportuno, regionalização da atenção especializada, referência e contrarreferência e sua inclusão nos processos de formação e nos de educação em saúde para a comunidade. Ressaltamos ainda, maior enfrentamento do fenômeno por meio do empoderamento das mulheres quanto aos seus direitos e educação permanente para todos os profissionais de saúde. Por fim, sugerimos a realização de outros estudos relacionados ao percurso da gestante de alto risco nas duas redes de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Gestação de alto risco: manual técnico [Internet]. 5. ed. 2012/2013 [cited 2016 Aug 11]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
2. Ricci SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.
3. Rodrigues AR, Dantas SLC, Pereira AMM, Silveira MAM, Rodrigues DP. Gravidez de Alto Risco: Análise dos Determinantes de Saúde. SANARE [Internet] 2017[cited 2016 Aug 11];16(Supl-01):23-28-7. Available from: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1135>
4. Wildschut HJ. Constitutional and environmental factors leading to a high risk pregnancy. In: James DK, Weiner CP, Gonik B, Crowther CA, Robson SC, (Eds.). High Risk Pregnancy: Management Options. Amsterdã: Elsevier; 2011. p.11-28.
5. Ministério da Saúde (BR). 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 implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha [Internet]. 2013 [cited 2016 Aug 11]. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html
6. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. Saúde Soc. 2011;20(1):124-35. doi: 10.1590/S0104-12902011000100015
7. Ladeia PSS, Mourão TT, Melo EM. O silêncio da violência institucional no Brasil. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2016[cited 2016 Aug 11];26(Supl-8):S398-S401. Available from: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2186>
8. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(11):2865-75. doi: 10.1590/S1413-81232012001100002
9. Giovanela L, Fleury S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, (Org.). Política de Saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995. p. 177-98.
10. Bourdieu P. O poder simbólico. 16. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. 322 p.
11. Minayo MCS. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde. Cad Saúde Públ [Internet]. 1994[cited 2016 Aug 11];10(supl-1):07-18. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10supl1a02.pdf>
12. Bourdieu P, Passeron JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Trad. Reynaldo Bairão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

13. Bourdieu P. A dominação masculina/Pierre Bourdieu: tradução Maria Helena Kühner. 11^o ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012. 160p.
14. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria método e criatividade. Petrópolis RJ: Vozes; 2016.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2015.
16. Santos L, Andrade LOM. Acesso às ações e aos serviços de saúde: uma visão polissêmica. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012[cited 2016 Aug 11];17(11):2876-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a03.pdf>
17. Errico LSP, Bicalho PG, Oliveira TCFL, Martins EF. The work of nurses in high-risk prenatal care from the perspective of basic human needs. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 3):1257-64. [Thematic Issue: Health of woman and child]. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0328
18. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2010[cited 2016 Aug 11];32:563-9. Available from: [it http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n11/v32n11a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n11/v32n11a08.pdf)
19. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012[cited 2016 Aug 11];28:425-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>
20. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cad Saúde Pública. 2010;26(2):286-98. doi: 10.1590/S0102-311x20100008
21. Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2009[cited 2016 Aug 11];14(3):783-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17.pdf>
22. Silva RMS, Costa SC, Matsue RY, Sousa GS, Catrib, AMF, Vieira LJE. Cartografia do cuidado na saúde da gestante. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012[cited 2016 Aug 11];17(3):635-42. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a09.pdf>
23. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde espanhol. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2011[cited 2016 Aug 11];16(6):2783-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/17.pdf>
24. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. Interface. Comun Saúde Educ [Internet]. 2017[cited 2016 Aug 11];21(60):209-20. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180148881019.pdf>
25. Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. The pilgrimage in reproductive period: a violence in the field of obstetrics. Esc Anna Nery [Internet]. 2015[cited 2016 Aug 11];19(4):614-20. Available from:http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/en_1414-8145-ean-19-04-0614.pdf
26. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface - Comunic Saúde Educ [Internet]. 2011[cited 2016 Aug 11];15(36):79-91. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180119115004>
27. Cecílio LCO. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. Cad Saúde Pública. 2010[cited 2016 Aug 11];26(3):557-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/13.pdf>
28. Cecilio LCO, Spedo SM. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. Cad. Saúde Pública. 2014[cited 2016 Aug 11];30(7):1502-14. <https://www.scielosp.org/articl/csp/2014>