

### Percepção dos médicos sobre a violência obstétrica na sutil dimensão da relação humana e médico-paciente

Physicians' perception of obstetric or institutional violence in the subtle dimension of the human and physician-patient relationship (abstract: p. 15)

Percepción de los médicos sobre la violencia obstétrica en la sutil dimensión de la relación humana y médico-paciente (resumen: p. 16)

**Maristela Muller Sens<sup>(a)</sup>**

<maristelams@hotmail.com> 

**Ana Maria Nunes de Faria Stamm<sup>(b)</sup>**

<anamnfstamm@gmail.com> 

<sup>(a)</sup> Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Engenheiro Agrônomo Andrei Cristian Ferreira, s/n, Trindade. 88040-900, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>(b)</sup> Departamento de Clínica Médica, Centro de Ciências da Saúde, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil.

Iniciativas em busca de mudanças efetivas na assistência obstétrica, e a reivindicação do reconhecimento social da violência obstétrica ou institucional, são fenômenos atuais, fruto da reflexão multidimensional do que é constitutivo em um parto. Para identificar a percepção dos obstetras que prestam assistência ao parto em uma maternidade humanizada do sul do Brasil, foi proposta esta pesquisa, com base epistemológica qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário aplicado a 23 médicos, analisados pelo método de análise de conteúdo por aproximação temática. Aprofundamos os aspectos da violência obstétrica percebida na dimensão da relação humana e médico-paciente, que envolve: a interação no encontro, os limites da autonomia da mulher na perspectiva do profissional, os desafios quando há divergência de opinião na tomada de decisão, bem como reflexões sobre a violência à qual o profissional se percebe submetido.

**Palavras-chave:** Violência obstétrica. Violência institucional. Parto humanizado. Saúde da mulher. Relação médico-paciente.

## Introdução

Parir e nascer são fenômenos fundamentais<sup>1</sup>, mas, definitivamente, não são processos meramente fisiológicos<sup>2</sup>. São eventos sociais e culturais complexos, manifestados em uma experiência íntima, pessoal, sexual, emocional e espiritual<sup>3</sup>, que envolvem interações entre indivíduos, grupos sociais e instituições, com poderes e legitimidades diferenciados<sup>2</sup>.

A partir da consolidação da medicina como saber científico, um novo tipo de prática médica, com controle social por meio dos corpos, se estabeleceu<sup>4</sup>. Nesse processo de medicalização, as populações foram culturalmente transformadas, tendo sua capacidade de enfrentamento autônomo de condições relacionadas à saúde diminuída<sup>5</sup>. Mais do que uma mudança estrutural, ocorreu uma mudança estética e de valores<sup>1</sup>. O conhecimento científico, as intervenções tecnológicas e as respostas médicas sobre os eventos da gestação e do parto passaram a ser vistos como inquestionáveis, melhores, mais eficientes; seriam as soluções legítimas e, enquanto sociedade de consumo, passamos a desejar diagnósticos e explicações médicas<sup>1</sup>.

A medicina baseada no tecnicismo e no conhecimento biomédico, em um contexto em que a prática médica passa a ser compreendida como produção de trabalho, e não como a aplicação de conhecimentos<sup>6</sup>, propiciou a deterioração das relações humanas no trabalho em saúde, em especial na interação entre médico e paciente. Esse configura um espaço potencialmente permeado por conflitos<sup>7</sup>, amparado por um modelo de atenção tecnicista, hierarquizado e reforçado institucionalmente pelo domínio médico sobre o cliente, com uma desvalorização da relação intersubjetiva que ali se passa<sup>3</sup>.

Por outro lado, novas formas de subjetividade, estabelecidas na era do “ciborgue” (criatura pós humana) – metáfora compreendida como fruto do processo de mecanização do humano e da subjetivação da máquina – fazem também do parto um evento social, permeado pelo cientificismo e pela tecnologia<sup>8</sup>.

A partir da década de 1970, teve início uma mobilização internacional, de cunho social, na qual as mulheres, insatisfeitas com o fato de seu corpo e sua saúde serem traduzidos e orientados pelos médicos, bem como com a perspectiva fragmentada de sua corporalidade, passam a reivindicar um olhar menos patológico, reprodutor e intervencionista, que reconhecesse a sua sociabilidade, cultura, crenças, peculiaridades e existência<sup>9</sup>.

A perspectiva da “humanização” é inspirada pelo feminismo, pela medicina baseada em evidências e por formas contemporâneas de vivência do parto<sup>10</sup>, e ressalta a necessidade de que sejam redefinidas as relações humanas no campo da assistência à saúde, revisando a compreensão da condição humana, de seus direitos e do seu cuidado, além do uso apropriado de intervenções e tecnologias<sup>11</sup>.

Nesse contexto, o encontro e a relação médico-paciente é um processo especial de interação humana, que envolve dimensões técnicas, humanísticas, éticas e estéticas. Como parte fundamental da prática médica, não é uma relação humana banal, pois está cercada por sentimentos diversos – tais como angústia, medo, incerteza – ao estabelecer uma relação dialética entre os atores, dentro de princípios bioéticos, entre os quais a autonomia, a qual tem papel essencial na tomada de decisão compartilhada<sup>12,13</sup>.

No presente momento, o que se discute é a mudança do processo assistencial ao parto, com a incorporação de novas práticas, sob a discussão dos direitos reprodutivos e sexuais, e com a participação das mulheres em todas as instâncias de decisão<sup>14</sup>.

Contudo, a incorporação de práticas seguras e efetivas é lenta e as denúncias de Violência obstétrica ou institucional (VO/VI) ganham cada vez mais visibilidade<sup>10</sup>. De acordo com a publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>15</sup>, que trata da prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde, no mundo inteiro, mulheres experimentam atitudes de desrespeito durante a assistência ao parto, e, no Brasil, 1/4 das que pariram por partos normais, em maternidades, relata ter sofrido violência obstétrica<sup>16</sup>.

A maternidade é função biológica e social do corpo feminino, também permeada por uma construção simbólica, sendo toda violência neste campo, fundamentalmente, uma violência de gênero<sup>4</sup>, o que equivale a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente<sup>15</sup>. Falar em humanização, portanto, também é uma estratégia para falar da violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde, contra suas usuárias<sup>11</sup>.

A Venezuela, no ano de 2007, foi o primeiro país a adotar a expressão ‘violência obstétrica’, como processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher e como um problema social, político e público<sup>17</sup>. As Legislações da Argentina e da Venezuela são similares no que tange à definição factual de violência obstétrica: “a apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, que se expressa em um trato desumanizador e abuso da medicalização e patologização dos processos naturais”. Porém, na lei venezuelana, o conceito é complementado com as consequências ou causalidades: “trazendo consigo a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres”<sup>18</sup> (p. 37). Recentemente, no Brasil, com a finalidade de inibir, conscientizar e problematizar o assunto, foi sancionada a lei estadual nº 17.097, no estado de Santa Catarina, que dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica<sup>19</sup>.

Infelizmente, a prática cotidiana se faz entremeada por condutas que podem assumir um caráter violento<sup>20</sup>, que, muitas vezes, é reflexo de um processo de “naturalização”, que remete à banalização da VO/VI<sup>21</sup>. Essas práticas não são geralmente percebidas pelos profissionais como violentas, mas, sim, como um exercício de autoridade em um contexto considerado “difícil”<sup>22</sup>, e a violência vai sendo reproduzida como mais uma das formas de rotina do serviço. Também os trabalhadores da saúde têm sido citados como uma categoria profissional extremamente vulnerável às diversas formas de violência, em especial à violência psicológica<sup>23</sup>. As formas mais condenáveis de violência geralmente ocultam outras situações menos escandalosas, que existem há bastante tempo sem que tenham sido problematizadas de maneira objetiva, e que são protegidas por ideologias ou instituições respeitáveis<sup>24</sup>.

Violência pode ser definida como a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder, na qual o outro que é tomado como objeto de ação, tem sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas. Os problemas de comunicação envolvem uma ruptura na interação entre o profissional e o paciente, diante da invisibilidade da subjetividade do outro, ou da sua objetificação<sup>22</sup>.

No âmbito das práticas de saúde, o poder é exercido numa relação hierárquica, que se estende à relação médico-paciente estabelecida na assistência<sup>4</sup>. O médico é

considerado aquele que detém a maior autoridade técnico-científica sobre o corpo, e sua fonte de poder se sustenta na legitimidade científica de seus conhecimentos e na dependência dos indivíduos em relação a eles<sup>1</sup>. Porém, a autoridade médica deveria ser reconhecida somente no plano técnico-científico, uma vez que, no plano moral, ambos os sujeitos encontram-se em situação de igualdade<sup>22</sup>.

A discussão do tema “violência obstétrica” é relativamente recente, e o conceito, definição e categorização do que de fato vem a ser, ainda precisam ser melhor esclarecidos, pois este assunto ainda é invisibilizado, naturalizado e pouco reconhecido, inclusive entre as próprias mulheres<sup>1</sup>. Assim, esta pesquisa tem por objetivo identificar a percepção dos médicos que acompanham partos em uma maternidade pública e humanizada, sobre este tema polêmico e atual, aprofundando a reflexão nos aspectos da relação humana e médico-paciente, entendendo serem estas as formas mais sutis e menos compreendidas de manifestação de VO/VI.

## Metodologia

Essa pesquisa, com base epistemológica qualitativa, foi realizada em uma maternidade pública, humanizada e de ensino, no sul do Brasil, no período de fevereiro a setembro de 2016. A coleta de dados foi por meio de questionário elaborado por uma das autoras, composto de perguntas abertas e/ou respostas em escala de Likert, e a amostra foi representada por 23 médicos envolvidos na assistência ao trabalho de parto e parto, cujo perfil foi apresentado por meio da estatística descritiva, com as variáveis categóricas sendo descritas em proporção e, as contínuas, em média e desvio padrão.

Os outros dados foram analisados pela técnica de análise de conteúdo, com a definição das seguintes categorias e subcategorias por aproximação temática: (1) A mulher e o médico: uma relação humana especial; (2) O médico como vítima de violência: outro ponto de vista; subcategorias: 2.1 Vítima da estrutura institucional; 2.2 Vítima das vítimas; (3) Quem escolhe? Sobre autonomia, esclarecimento e tomada de decisão; (4) Sugestões de mudança: como prevenir a violência obstétrica e/ou institucional.

O termo violência institucional (VI) foi utilizado como sinônimo de violência obstétrica (VO), afim de manter, na pesquisa, ambas as nomenclaturas utilizadas na coleta de dados, quando optamos por usar alternativamente o termo “institucional”, utilizado em estudos anteriores<sup>4,22</sup>, com a finalidade de evitar a “recusa epistemológica” e não gerar desconforto aos entrevistados que não se sentissem confortáveis com a denominação VO. Porém, não são sinônimos; VO se posiciona como uma forma de VI no parto, mas pode acontecer dentro ou fora de uma estrutura considerada “instituição”<sup>1,23</sup>.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob o número CAAE 42365215.3.0000.0121. Os profissionais que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96/MS.

## Resultados e discussão

### Perfil dos entrevistados

Os 23 participantes deste estudo são médicos plantonistas que atuam no centro obstétrico de uma maternidade pública de um hospital de ensino, no sul do Brasil, sendo 16 especialistas em ginecologia e obstetrícia e sete em processo de formação *lato sensu* em nível de residência médica nessa área. A idade variou entre 25 a 57 anos, sendo a média de 45 anos (DP 7,6) para os obstetras e 26 anos (DP 1,1) para os médicos residentes. A maioria da amostra foi formada por mulheres 59% (13/23); todos os entrevistados se autodeclararam de cor branca, sendo a maioria casada e com filhos (60% = 14/23). Apenas 2 profissionais relatam ter o filho nascido de parto normal.

Entre os médicos obstetras, 60% (14/23) trabalham há mais de vinte anos na especialidade, sendo 16 anos (DP 7,4) o tempo médio de trabalho nessa instituição, e 65% (15/23) exercem outras atividades profissionais: atendimento em consultório, procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos e/ou docência. Estes profissionais atendem, em média, 10 gestantes em trabalho de parto por semana.

### A mulher e o médico: uma relação humana especial

“É mais fácil lidar com a paciente quando ocorre empatia recíproca.” (M2)

No contexto da assistência ao parto, se estabelece uma relação entre dois ou mais indivíduos, uma interação pessoal e profissional que transcende os aspectos objetivos das rotinas institucionais ou da prática assistencial. A produção de atos de saúde é um terreno do trabalho vivo, em que predominam as tecnologias leves – das relações, do encontro e do trabalho vivo em ato – em detrimento das tecnologias duras – equipamentos e saberes estruturados<sup>25</sup>. Este relacionar-se envolve diversos sentimentos, emoções e julgamentos, sendo justificável a diversidade de expressões, ora harmoniosas, ora desafiadoras.

Em estudo sobre a satisfação das mulheres com a assistência ao parto, o relacionamento estabelecido com a equipe de profissionais da saúde foi um dos principais fatores que afetaram negativamente a memória de puérperas em relação à experiência vivenciada<sup>26</sup>.

No parto, a mulher é protagonista e não racionaliza sua forma de atuar, pois está imersa em um evento primitivo, visceral e extremo, no qual as adequações e convenções sociais referentes à forma de agir e interagir com o outro não são elaboradas conscientemente, levando-a, por exemplo, a gritar e fazer coisas que nunca faria em outras circunstâncias<sup>27</sup>.

Neste estudo, 52% (12/23) dos participantes citaram que as mulheres informadas, esclarecidas, preparadas e orientadas previamente para o parto, são as mais fáceis de lidar durante a internação, e, que o pré-natal é o melhor momento para que a informação e a preparação aconteçam. Outros aspectos que facilitam a assistência é a paciente ter bom relacionamento, confiar na equipe, estar aberta ao diálogo e ser colaborativa, como demonstrado a seguir:



[As pacientes mais fáceis de lidar são] “As bem orientadas e esclarecidas, e com boa relação com a equipe médica e de enfermagem.” (M3)

“As bem informadas, conscientes que muitos procedimentos podem ser necessários se bem indicados.” (M4)

“Com bom acompanhamento pré natal e orientadas, mas de bom senso.” (M9)

Em contrapartida, não aceitar as prescrições médicas e as rotinas da instituição são atitudes da paciente que os profissionais consideram inconvenientes: “Questionamentos sobre procedimentos imprescindíveis como vacinas, kredé, kanakion, uso de ocitocina quando indicado, episiotomia e cesárea quando indicados, etc” (M3).

Se, por um lado, os médicos afirmam que “a mulher bem informada” é uma condição que colabora na prevenção de VO/VI, por outro, apontam que elas questionam e recusam indicações por serem radicais e/ou influenciadas por informações recebidas anteriormente, sendo essas as pacientes difíceis de lidar.

“Contrariar práticas médicas consagradas por “modismos” ou influência da mídia.” (M9)

“Excesso de questionamentos, plano de parto abusivo, não entendimento de ser local acadêmico.” (M14)

“Quando a paciente questiona ou recusa atitudes ou procedimentos alegando ter sido informada no pré natal.” (M10)

“Aqueles que sabem tudo de obstetrícia. São radicais e não colaboram.” (M2)

“As que exageram na autonomia e desconsideram ser questionadas em seus conceitos.” (M20)

Ao estudar a experiência de plano de parto no Sistema Único de Saúde, Andrezzo<sup>10</sup> observa que a demanda das usuárias por autonomia pode ser tomada como uma provocação, e predispor à negligência por parte da equipe, muitas vezes não preparada para lidar com esse direito bioético da paciente em decidir. A informação trazida desde o pré-natal, de diversas fontes, é fundamental para que as mulheres reconheçam as condutas inadequadas e demandem uma assistência segura. Nesse contexto, o plano de parto, citado em um dos discursos acima como “abusivo”, e corriqueiramente “mal visto” pelos profissionais, chegando a prejudicar o cuidado, serve como uma ferramenta educativa que organiza as informações em relação à assistência ao parto, e promove o reconhecimento de situações de violência<sup>10</sup>.

Outra dificuldade na relação entre o médico e a usuária são as ameaças frente a uma divergência de opinião em relação à conduta.

“Exigir que o médico faça cesárea sem indicação e comportar-se de forma a culpabilizar o médico “caso aconteça alguma coisa.” (M12)

Na tese de Aguiar<sup>4</sup>, que também avaliou a percepção dos profissionais sobre violência institucional, as pacientes referidas como “mais fáceis” são as colaborativas e tolerantes, estabelecendo um perfil de boa paciente, a qual é sempre vista como aquela que obedece sem questionar, enquanto a paciente difícil é a que duvida, questiona e expressa insistentemente sua vontade<sup>4</sup>. Já as mulheres entrevistadas na pesquisa de Sena<sup>1</sup>, manifestaram terem sido violentadas ao expressarem sua recusa a certos procedimentos, porém poucas afirmaram ter condição emocional, no momento do parto, de enfrentar a equipe de saúde. A recusa por parte da paciente foi interpretada como uma afronta ou apropriação, e geralmente gerou comentários agressivos no sentido de estabelecer uma hierarquia de poder<sup>1</sup>.

Os signos de comunicação verbal e não verbal, emitidos pela parturiente, não são entendidos e acolhidos pelos profissionais, e, por vezes, ao seu apelo é atribuído um significado de mau comportamento e incapacidade de compreensão e participação da mulher no seu processo de parturição<sup>28</sup>.

Sabe-se que as usuárias empregam diversas estratégias na tentativa de se protegerem no encontro clínico, sendo que algumas utilizam como ferramentas o conhecimento e o estudo, enquanto outras procuram se adequar aos padrões de comportamento que julgam corresponder às expectativas dos profissionais de saúde<sup>29</sup>. Mais do que a autoridade médica é questionada nesta relação, já que a obediência é uma qualidade esperada da paciente<sup>30</sup>, e neste sentido pode ferir as relações hierárquicas de classe social, *status* e gênero, ao contestar a autoridade do profissional de saúde, valorizando o seu próprio saber<sup>29</sup>.

Essa dificuldade do médico em lidar com os questionamentos e recusas do(a) paciente, relaciona-se à contestação da autoridade técnica e moral do profissional, que encontra obstáculo em atualizar sua concepção diante das novas demandas trazidas pelas usuárias<sup>10</sup>. Outra questão importante se refere à estratégia de resistência das pacientes às formas de opressão vivenciadas e ao duplo poder a que estão submetidas: como mulheres, à dominação masculina e, como pacientes, à dominação da medicina sobre seus corpos<sup>4</sup>.

## O médico como vítima de violência: outro ponto de vista

“Sugiro que se avalie a violência para com o médico também por parte da família, da paciente e da sociedade.” (M2)

Todos os médicos entrevistados entendem que são vítimas de violência durante suas atividades profissionais, e 78% (18/23) percebem que isso acontece frequentemente ou muito frequentemente.

Pôde-se analisar a perspectiva do médico como vítima, nas subcategorias de vítima da estrutura institucional ou de vítima das vítimas. A primeira está relacionada à dificuldade imposta pela precarização do trabalho e à necessidade de superar situações como: falta de vaga, demanda excessiva, equipes insuficientes e assistência pré-natal inadequada.



“Trabalhar sem vagas, enfermagem sobrecarregada, população descontente com o sistema de saúde pública, cultura do “médico é responsável por tudo”.” (M11)

“Poucas salas de atendimento na triagem x stress na demora do atendimento. Poucas vagas de alto risco, sobrecarrega o triagista com a responsabilidade de assumir qual paciente será rejeitada para internação.” (M1)

Na subcategoria vítima das vítimas, a referida violência acontece na forma de desacato, agressão, ameaça, desrespeito, hostilidade e falta de educação, relacionada ou não à discordância quanto a conduta e ao desfecho. Mais frequentemente, a discussão ocorre sob a forma de ameaça, quando há divergência entre o que a paciente quer e o que o médico indica, sendo o profissional responsabilizado por qualquer adversidade decorrente da assistência. Os médicos entrevistados alegam que sofrem violência de diversas maneiras, como observamos a seguir:

“Ameaça verbal a respeito das condutas médicas, agressão verbal por não concordância com conduta.” (M15)

“Ameaças frequentes por parte dos pacientes: “se acontecer alguma coisa com o bebê... a Sra. é responsável”. O médico como único responsável pelo mal resultado.” (M3)

“Ameaça de familiar forçando internação ou procedimentos (cesariana) sem indicação médica.” (M4)

Essa situação é comum em relação à decisão de internar ou de persistir com o trabalho de parto após a internação, como ilustram os trechos abaixo:

“Na triagem, quando você libera a mulher que não está em trabalho de parto, a paciente ou acompanhante agride verbalmente a sua conduta. Na evolução do trabalho de parto, quando a mulher/accompanhante quer resolver sua “dor” e de maneira agressiva impõe a cesárea.” (M21)

Em virtude da radicalidade do movimento de mudança assistencial ao parto, com a incorporação de novas práticas e a exaltação dos direitos reprodutivos e sexuais da gestante, associados à condição de trabalho em uma instituição hospitalar, altamente técnica, centralizadora e sem estrutura para o atendimento personalizado, os obstetras estão vivenciando uma violência contra a categoria, por serem responsabilizados e estigmatizados por todos os eventos que não estejam de acordo com a nova proposta de cuidado<sup>14</sup>. Os profissionais de saúde são uma categoria bastante vulnerável a sofrer violência, e, se estão sendo agredidos nos seus locais de trabalho ou quando estão trabalhando (violência no trabalho), é porque as condições permitem que tal fato ocorra. Essa questão é pouco discutida e não há tratamento específico de políticas de prevenção<sup>23</sup>.

“Ameaças à equipe de retaliações jurídicas em virtude de um desfecho diferente daquele esperado.” (M23)

Assim, os médicos tendem a agir de forma a se protegerem dessas ameaças que são entendidas como processo, o que os leva a preferirem procedimentos que são bem vistos por juízes e por seus pares<sup>10</sup>. O fenômeno da judicialização, embora represente o mau uso do poder judiciário para a resolução social de conflitos e da construção de autonomia na relação médico-paciente<sup>31</sup>, trouxe consequências como a consolidação de uma “medicina defensiva”, resultando no uso exagerado de exames complementares, na recusa em realizar procedimentos de maior risco, na perturbação emocional do médico e, por fim, no aumento do custo da saúde para o profissional e para o paciente<sup>31</sup>. Por outro lado, os pacientes passaram a buscar seu direito de ação, afastando-se da posição de submissão à autoridade incontestável dos profissionais de saúde<sup>31</sup>.

De qualquer forma, a relação entre profissional e paciente é assimétrica e hierárquica, por envolver poderes distintos por essa estar sob a influência da autoridade médica<sup>4</sup>.

### Quem escolhe? Sobre autonomia, esclarecimento e tomada de decisão

“O diálogo e o esclarecimento são a melhor saída.” (M16)

“Decidir junto com a equipe médica pode auxiliar na melhora da relação médico-paciente.” (M2)

Todos os médicos entrevistados concordam que a mulher pode questionar, escolher ou opinar sobre os procedimentos e condutas indicados pela equipe de assistência. Fica claro, nos discursos, que a atitude de informar e esclarecer a paciente é recomendada e bem aceita pelos profissionais, inclusive considerando este ato como obrigação profissional.

“A paciente deve ser sempre esclarecida e, sempre que possível, exercer sua autonomia.” (M11)

A prática de decisão informada ou compartilhada, com enfoque no respeito a valores e preferências dos pacientes, constitui um meio para lidar com o paternalismo naturalizado entre os profissionais de saúde<sup>10</sup>, que é resultado do caráter assimétrico da relação médico-paciente, caracterizada pela força do primeiro e fragilidade do segundo<sup>31</sup>. As escolhas devem ser centradas na experiência feminina, apoiadas em evidências científicas e baseadas no respeito aos direitos reprodutivos da mulher<sup>32</sup>.

Porém, nas circunstâncias em que a paciente questiona a conduta prescrita e, eventualmente, recusa seguir as recomendações, fica evidente o entendimento dos médicos de que a autonomia da mulher tem limite, estabelecido primordialmente pelo risco à mãe e/ou ao feto, na avaliação do profissional.

Merhy<sup>25</sup> explica que:

Isso acontece porque a produção de atos de saúde opera sempre com altos graus de incerteza e com grau não desprezível de autonomia dos trabalhadores. É exatamente essa característica que abre grandes possibilidades para estratégias

que possibilitem a construção de novos valores, compreensões e relações, pois há espaço para a invenção. (p. 11)

[...] Se engessado pelas normas ou orientado à produção de procedimentos, o trabalhador pode dirigir-se ao usuário como objeto, fragmento de corpo, sobre o qual a melhor intervenção, identificada com base nas evidências para situações semelhantes, deve ser produzida. Seu agir vai somente em uma direção: dele para o outro como seu objeto, negando o agir do outro e seu saber (apontado como “crença”), por ser de menor valor científico. (p. 13)

O modelo medicalizado vigente nas instituições de saúde parte do pressuposto de que o médico é o detentor do conhecimento e, por consequência, a mulher, após informada, deveria se submeter a sua autoridade técnico-científica. Vários autores têm apontado para o uso arbitrário que muitos profissionais de saúde fazem de sua autoridade e saber, no controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes, como uma das principais fontes da violência institucional a que são submetidas dentro dos serviços de saúde<sup>30</sup>.

“A mulher pode escolher quando possível do ponto de vista técnico.” (M20)

“Mas deve respeitar o conhecimento e a experiência do profissional.” (M9)

Em diversos discursos, pôde-se observar a importância que o profissional desloca ao bem-estar materno e fetal, porém, em nenhum momento, reconhece que a parturiente e seu acompanhante também têm interesse no bom desfecho fetal. É como se eles tivessem que defender as próprias mulheres de sua autonomia exagerada, a qual colocaria em risco a vida de seu filho(a).

“A mulher pode opinar desde que não coloquem em risco a mãe e o filho.” (M22)

“Bem estar fetal! Quanto valem os neurônios de cada bebê? Violência obstétrica foca apenas nos procedimentos contra a mãe. Tenho a impressão que pouco se comenta sobre o impacto disso no bem estar fetal.” (M14)

A publicação do Ministério da Saúde (MS), Cadernos HumanizaSUS, orienta que deve ficar claro para a mulher que seus desejos são importantes e que serão respeitados, desde que não redundem em riscos substanciais para si ou para o bebê, riscos estes que deverão ser adequadamente explicitados em um comprometimento ético com a expressão da verdade<sup>33</sup>. O bebê, via de regra, é considerado o produto mais importante de todo esse processo, e o discurso do risco é utilizado para tornar as gestantes submetidas às orientações médicas<sup>30</sup>. Na percepção dos profissionais, a usuária parece querer impor seus interesses acima do bem-estar do bebê, porém, o medo de morrer ou de perder o filho acompanha a maioria delas neste momento e é a base para a dependência da autoridade médica<sup>4</sup>.

Sob essa justificativa, observamos a objetificação da mulher: seu corpo é objeto de domínio da medicina e, deixada de lado enquanto sujeito, é vista apenas como um corpo reprodutor<sup>22</sup>. Essa prerrogativa pode explicar o uso, cada vez maior, de tecnologia e prescrição médica para a gestante em favor do feto e em detrimento dos próprios desejos e direitos femininos. Contudo, o desfecho do nascimento de um bebê saudável compensa quaisquer maus tratos recebido durante a assistência<sup>16</sup>.

A assimetria na relação médico-paciente fica mais clara quando se refere a tomar decisões.<sup>3</sup> Segundo Foucault (apud Aguiar)<sup>4</sup>, essa relação é hierárquica por definição, e tem, no topo, o médico, que é quem detém a maior autoridade sobre o corpo, a saúde, o cuidado e o tratamento do paciente. Esta autoridade médica, (cultural e moral) sobre a sociedade, é, por assim dizer, a fonte do poder médico, e está alicerçada não somente em conhecimento científico e tecnológico, como, também, em valores e crenças culturais, que são compartilhados como verdadeiros<sup>3</sup>. Os dois pilares de sustentação da autoridade médica são a legitimidade e a dependência. O primeiro é baseado na aceitação, por parte do paciente, de que o médico detém um saber sobre o seu corpo, que ele próprio não detém, e se dá, sobretudo, porque a saúde tem um valor inequívoco de importância, que, historicamente, foi monopolizado pela medicina. A dependência, por sua vez, está pautada no receio de que venha sofrer consequências desagradáveis se esta autoridade não for obedecida<sup>4</sup>.

É necessária uma recuperação da autonomia que passe pela inclusão da garantia de direitos na agenda de políticas públicas e no fortalecimento de movimentos sociais,

e não apenas baseada em um suposto empoderamento que passaria pelo resgate de “saberes e poderes femininos”, como reivindica parte do movimento pela humanização do parto, posto que tais conceitos se baseiam numa compreensão biologizante de mulher, desconsiderando seu papel enquanto sujeito político<sup>20</sup>.

### **Sugestões de mudança: como prevenir a VO/VI**

“Melhora do pré-natal, melhor escolaridade da população, melhorar estrutura hospitalar e treinamento de toda a equipe.” (M9)

“Que a responsabilidade legal fosse estendida não somente ao obstetra, mas também a quem orienta a paciente no período pré natal, por exemplo, a roda de gestantes.” (M10)

As propostas que surgiram, a partir dos entrevistados, para a prevenção da VO/VI, estão em três categorias de ação: a educação e informação de pacientes e profissionais, a melhoria da infraestrutura institucional, e a responsabilização, também, de outros profissionais não médicos. Todos citaram a educação e a informação, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, como estratégias de prevenção. Entre outras, a adequação da estrutura e da ambiência, a disponibilidade de vagas, a suficiência de número e de qualidade de quem presta assistência, bem como a responsabilização de outros agentes envolvidos, seja no pré-natal, na roda de gestantes, entre outros.

“Preparação com as novas orientações de manejo do trabalho de parto de toda a equipe, médicos, enfermeiras, técnicos e a área física da maternidade ser adaptada para o parto humanizado.” (M8)

Essas mesmas estratégias de prevenção e combate à violência foram propostas por Aguiar<sup>4</sup>, tanto no campo da formação profissional quanto no âmbito institucional<sup>4</sup>. É fundamental que se estabeleça um processo de educação permanente para a equipe de saúde, de forma que todas as mulheres tenham acesso aos mesmos direitos e à mesma abordagem humanizada<sup>32</sup>. Ações de divulgação, conscientização e desnaturalização da violência obstétrica, com a criação de caminhos seguros e consistentes de denúncia, inexistente até o momento, são essenciais para o enfrentamento da VO/VI<sup>16</sup>.

“Ampla exploração do tema com a sociedade e com o judiciário, e maior participação da mulher enquanto responsável (maior responsável) pelo seu parto, retirando do médico esse papel.” (M12)

Nesse contexto, o plano de parto, recomendado pela Organização Mundial de Saúde, reafirma a sua importância por trazer inúmeros benefícios, dentre eles, favorecer a compreensão da mulher sobre o parto e oferecer uma clara comunicação da vontade da paciente, sendo um excelente meio auxiliar na tomada de decisão compartilhada.<sup>10</sup>

Tornquist<sup>20</sup> afirma que, para mudar a assistência ao parto, é preciso mudar o paradigma que sustenta a prática, as rotinas hospitalares e a própria formação médica. Porém, é necessária uma mudança que priorize a recuperação da autonomia da mulher, a partir da apropriação do direito sobre seu próprio corpo e do acesso à informação, a fim de oferecer um contraponto à cultura medicalizante, que conta com o desejo, por parte da própria mulher, daquilo que irá anular a sua autonomia<sup>20</sup>.

## Conclusões

A VO/VI na dimensão da relação humana e médico-paciente, percebida pelos obstetras, é sutil e subjetiva, englobando diferentes aspectos do ato em saúde, dos encontros entre agentes e das possibilidades de expressão, necessitando reflexão e disponibilidade dos envolvidos para seu entendimento mais profundo.

A relação humana que se estabelece na assistência ao parto, entre a mulher e o médico, é permeada de sentimentos, emoções e julgamentos. As pacientes mais bem aceitas são bem informadas, têm boa relação com a equipe e geram pouca demanda assistencial. Por outro lado, quando surgem questionamentos, recusas e contestação da autoridade médica ou das rotinas da instituição, a mulher é considerada inconveniente e o profissional apresenta dificuldade em sustentar o respeito à autonomia.

Todos os entrevistados entendem que são vítimas de violência durante seu exercício profissional, seja em relação à estrutura institucional e precarização do trabalho – independente da relação com o(a) paciente – seja enquanto “vítima das vítimas”, nas ameaças, desacato e desrespeito por parte do(a) usuário(a) ou, ainda, na divergência em relação à conduta e seu desfecho, em que a ameaça gera a possibilidade de judicialização, como forma de resolver a crise na relação estabelecida.

Em se tratando de autonomia e tomada de decisão compartilhada, observamos que, em teoria, os médicos acreditam que toda mulher tem direito de exercer sua escolha, mas, quando há divergência de opinião, a autoridade médica deve ser respeitada, tendo como fundamento o bom desfecho para a mãe e o bebê.

Como estratégias de prevenção da VO/VI, os participantes desse estudo vão além dos conflitos no encontro e na interação entre o médico e a paciente, sugerindo não apenas ações em educação e informação, como, também, adequação da estrutura física e ambiência e responsabilização de outros agentes envolvidos na assistência.

Como evidenciado por Carrió<sup>34</sup>, a relação médico-paciente extrapola a competência técnica e a habilidade no trabalho, pois necessita de uma comunicação ética e ética na comunicação, baseadas na empatia e no respeito à autonomia<sup>13,34</sup>, as quais percebemos como núcleo fundamental dessa relação humana.

### Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### Agradecimentos

Aos profissionais que, voluntariamente, participaram da pesquisa.

### Direitos autorais

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



## Referências

1. Sena LM. Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização do parto como porta e palco para a violência obstétrica [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
2. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2008.
3. Santos RC, Souza NF. Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Estac Cient (UNIFAP)*. 2015; 5(1):57-68.
4. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
5. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(20):347-62.
6. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.



7. Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
8. Tadeu T. Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2009.
9. Carneiro R. Feminismos e maternidades: (des)encontros e (re)significados. Subjetividades maternas e feministas em questão. In: Anais do 26o Simpósio Nacional de História; São Paulo; 2001. São Paulo: ANPUH; 2001.
10. Andrezzo HF. O desafio do direito a autonomia: uma experiência de plano de parto no SUS [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
11. Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):627-37.
12. Porto CC, Branco RFG, Oliveira AM. Relação médico paciente. In: Porto CC. *Semiologia médica*. 4a ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2001. p 22-39.
13. Costa FD, Azevedo RCS. Empatia, Relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(2):261-9.
14. Melo VH. Violência obstétrica x violência contra o obstetra. Informativo Sogimig [Internet]. Belo Horizonte: Sogimig; 2014 [citado 20 Ago 2018]. Disponível em: [http://sogimig.org.br/site/wp-content/uploads/Sogimig\\_Maio.pdf/](http://sogimig.org.br/site/wp-content/uploads/Sogimig_Maio.pdf/).
15. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.
16. Sena LM, Tesser CD. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):209-20.
17. D'Gregorio RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 111(3):201-2.
18. Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Dossiê da Violência Obstétrica "Parirás com dor" [Internet]. 2012 [citado 20 Ago 2018]. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.
19. Santa Catarina. Lei nº 17097, de 17 de Janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina [Internet]. Florianópolis; 2017 [citado 20 Ago 2018]. Disponível em: [http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097\\_2017\\_Lei.html/](http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_Lei.html/)
20. Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003; 19 Suppl 2:419-27.
21. 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. *J Hum Growth Dev*. 2015; 25(3):377-84.
22. Aguiar JM, D'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2013; 29(1):2287-96.
23. Erdmann AG. Violência no trabalho em saúde: o médico vítima de violência em unidades locais de saúde, policlínicas regionais e unidades de pronto-atendimento do município de Florianópolis-SC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.



24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
25. Merhy EE, Feuerwerker LC. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS; 2009.
26. Domingues RM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Suppl 1:52-62.
27. Odent M. A cientificação do amor. 2a ed. Florianópolis: Saint Germain; 2002.
28. Caron OA, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2002; 10(4):485-92.
29. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(5):1303-11.
30. Aguiar JM, D'Oliveira AF. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):79-91.
31. Oliveira MS. A judicialização da relação entre médico e paciente: uma breve reflexão em bioética e ética [monografia]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 2013.
32. Wunderlich BL. Protagonismo da mulher em trabalho de parto em uma maternidade pública no sul do Brasil [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2016.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. (Cadernos HumanizaSUS; 4).
34. Carrió FB. Entrevista clínica: habilidades de comunicação para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2011.

---

Initiatives in search of effective changes in obstetric care and the claiming for social recognition of obstetric or institutional violence are current phenomena, the result of a multidimensional reflection on what constitutes the act of giving birth. In order to identify the perception of obstetricians who provide childbirth assistance in a humanized maternity in South Brazil, this research was proposed on a qualitative epistemological basis. The data was collected by means of a questionnaire answered by 23 physicians and analyzed by the content analysis method by thematic approach. We deepened the aspects of obstetric violence perceived in the dimension of the human and medical-patient relationship during their encounter and interaction, the limits of women's autonomy in a professional perspective, the challenges when there is disagreement of opinions for decision-making, as well as reflections on the violence to which the medical professionals perceive themselves being submitted to.

**Keywords:** Obstetric violence. Institutional violence. Humanized birth. Women's health. Doctor-patient relationship.



Iniciativas en búsqueda de cambios efectivos en la asistencia obstétrica y la reivindicación del reconocimiento social de la violencia obstétrica o institucional son fenómenos actuales, fruto de la reflexión multidimensional de lo que es constitutivo en un parto. Para identificar la percepción de los obstetras que prestan asistencia al parto en un hospital maternidad humanizado del sur de Brasil, se propuso esta encuesta con base epistemológica cualitativa. La colecta de datos se realizó por medio de un cuestionario respondido por 23 médicos, analizados por el método de análisis de contenido por aproximación temática. Profundizamos los aspectos de la violencia obstétrica percibida en la dimensión de la relación humana y médico-paciente que envuelve la interacción en el encuentro, los límites de autonomía de la mujer en la perspectiva del profesional, los desafíos cuando hay divergencia de opinión en la toma de decisión, así como reflexiones sobre la violencia a la que el profesional se percibe sometido.

**Palabras clave:** Violencia obstétrica. Violencia institucional. Parto humanizado. Salud de la mujer. Relación médico-paciente.

Submetido em 11/12/18.  
Aprovado em 07/01/19.