

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto René Rachou
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

**O QUOTIDIANO SUBLINHADO PELA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA
FORMAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS RESIDENTES EM
OBSTETRÍCIA**

Por

Danúbia Mariane Barbosa Jardim

Belo Horizonte
2019

TESE

DSC – IRR D. M. B. JARDIM

2019

Danúbia Mariane Barbosa Jardim

**O QUOTIDIANO SUBLINHADO PELA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA
FORMAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS RESIDENTES EM
OBSTETRÍCIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto René Rachou, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva - área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Celina Maria Modena

Coorientadora: Profa. Dra. Selma Maria da Fonseca Viegas

Belo Horizonte
2019

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do IRR
CRB/6 1975

J373q
2019

Jardim, Danúbia Mariane Barbosa.

O cotidiano sublinhado pela violência obstétrica na formação de médicos e enfermeiros residentes em obstetrícia/Danúbia Mariane Barbosa Jardim. – Belo Horizonte, 2019.

XV; 312 f.: il.; 210 x 297mm.

Bibliografia: f. 293-303

Tese (doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor(a) em Saúde Coletiva - área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde

1. Violência contra a mulher 2. Parto Obstétrico 3. Obstetrícia 4. Negligência Profissional I. Título II. Celina Maria Modena (Orientação). III. Selma Maria da Fonseca Viegas (Coorientação)

CDD – 22. ed. – 344.041.9

Danúbia Mariane Barbosa Jardim

O QUOTIDIANO SUBLINHADO PELA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NA FORMAÇÃO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS RESIDENTES EM OBSTETRÍCIA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto René Rachou, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva - área de concentração: Ciências Humanas e Sociais em Saúde

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Celina Maria Modena (Instituto de Pesquisas René Rachou/Fiocruz)
Presidente

Profa. Dra. Denise Nacif Pimenta (Instituto de Pesquisas René Rachou/Fiocruz
Minas Laboratório de Políticas Públicas e Análises Clínicas) Titular

Profa. Dra. Érica Dumont Pena (Universidade Federal de Minas Gerais) Titular

Profa. Dra. Mércia Aleide Ribeiro Leite (Pontifícia Universidade Católica de Minas
Gerais) Titular

Profa. Dra. Virgínia Junqueira Oliveira (Universidade Federal de São João Del-Rei)
Titular

Profa. Dra. Janaína de Souza Aredes (Instituto de Pesquisas René Rachou/Fiocruz)
Suplente

Tese defendida e aprovada em Belo Horizonte, 11 de Outubro de 2019

Conheço as tuas obras;
eis que diante de ti pus uma porta aberta,
e ninguém a pode fechar;
tendo pouca força,
guardaste a minha palavra,
e não negaste o meu nome.

Apocalipse 3:8

Dedico este trabalho a

À Deus, a ele toda honra, toda a glória e
todo o louvor.

À Helena e Laura, minhas filhas amadas.

À Renato, meu amado companheiro de
sempre.

À minha mãe pelo carinho e apoio
incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

A Deus, a ele toda honra, toda glória e todo poder. Pelo dom da vida, por guiar meus caminhos e pela força sedimentada na fé.

As minhas filhas Helena e Laura, pelo incentivo com papelzinhos coloridos, com um afago em meio a escrita, com demonstrações de amor incondicional mesmo diante das ausências. Vocês são a herança de Deus em minha vida.

A Renato, pelo amor, apoio, carinho, companheirismo, conforto, ânimo e paciência, durante essa caminhada que fizemos juntos. Pelas filhas lindas que tivemos e pela família que estamos construindo.

A minha Mãe Consola, que esteve presente nas minhas ausências cuidado de mim e de minhas filhas, pelo incentivo em todos os momentos e pelo amor de todos os dias.

A meu irmão Leandro, minha cunhada Fernanda e minha sobrinha Carol que souberam entender minhas escolhas. Pelo apoio nos momentos difíceis em que estiveram comigo mesmo que por telefone.

A Janaína (a Jana), que não foi somente uma ajudante no meu lar e sim uma amiga que esteve em minhas ausências cuidando com tanto zelo de minhas filhas e da minha casa. Pelas manhãs de sono após madrugadas de escrita e pelos cafés animadores.

Aos meus familiares, que souberam compreender minha ausência e me incentivaram especialmente a Tia Silvinha.

A minha orientadora, Celina Maria Modena, não só pelo aprendizado acadêmico mas principalmente pelos ensinamentos da vida cotidiana, pelas inúmeras oportunidades de crescimento profissional e pessoal.

A minha co-orientadora, Selma Maria da Fonseca Viegas, pelo incentivo contínuo, por suas inúmeras contribuições e pelo carinho constante em acolher todas as minhas demandas com sabedoria e prontidão.

Aos colegas de trabalho e queridos alunos da FAMINAS-BH e da UNIMONTES pelo incentivo, apoio e disponibilidade em ajudar diante de todas as dificuldades.

Aos colegas de trabalho e diretoria do Hospital Sofia Feldman, pelas trocas, apoio, incentivo, compreensão e preocupação.

À Linha de Ensino e Pesquisa do Hospital Sofia Feldman, em especial a Leila Maria Madeira, Erika Ditz, Vanessa Fialho pelo apoio incondicional, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Às colegas do doutorado, pelo acolhimento e construção do conhecimento, especialmente a Ana Cristina, Matheus, Kênia, Gislaine; vocês foram muito importantes.

A minhas amigas do coração, hoje e sempre, Ana Paula, Flávia, Nágela, Renata Lacerda pelo carinho, preocupação, paciência, incentivo, conselhos e momentos de desabafo; não sei como agradecer.

Ao grupo de crescimento GCOI da Oitava Igreja Presbiteriana, pelas orações e incentivos nos momentos de extrema aflição, especialmente a Pollyana e a Hyandra pelo carinho e cuidado comigo.

Aos residentes que participaram da pesquisa por compartilharem a experiência tão profunda que revelaram a violência obstétrica e suas interfaces no processo de formação.

A todos os que, de alguma forma, ajudaram-me nessa caminhada de dois anos, com um olhar, uma palavra de incentivo, um gesto de carinho.

RESUMO

Esse estudo teve por objetivo compreender o fenômeno da violência obstétrica e suas implicações no contexto de formação dos residentes de obstetrícia em um hospital de ensino do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para o alcance da proposta foi utilizada a metodologia do estudo de caso de natureza qualitativa fundamentado nas noções propostas por Michel Maffesoli para a escrita da Sociologia Compreensiva do Quotidiano. A pesquisa foi realizada em uma maternidade titulada como hospital de ensino possuindo os Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e em Enfermagem Obstétrica. Na coleta de dados utilizaram-se as técnicas da observação participante, grupo focal e entrevista incluindo um total de vinte e cinco residentes participantes. A imersão e compreensão dos dados ocorreram mediante a técnica de Análise de Conteúdo. A estrutura da tese foi organizada em capítulos sendo nos dois primeiros apresentados uma revisão integrativa que propôs descrever as principais características elencadas ao fenômeno, seguido de um capítulo dedicado à exploração do arcabouço legal sustentador das discussões atuais que contemplam a violência obstétrica. As revelações dos elementos encontrados na observação participante compuseram um capítulo em que se discute o contexto da unidade caso revelando o cotidiano dos residentes e as interfaces com a violência obstétrica. No que tange aos dados revelados do grupo focal e nas entrevistas foram constituídas quatro categorias assim dispostas: Primeira categoria, “Minha concepção, nossas concepções: os diálogos e as significações atribuídas à violência obstétrica pelos residentes”, são conhecidas as concepções que os residentes atribuíram para a violência obstétrica, explicitando as possíveis explicações para a sua ocorrência no cenário assistencial. Na segunda categoria, “Violência Obstétrica na unidade caso: convergências e divergência desveladas pelos residentes”, é retratada a vivência da violência obstétrica no cotidiano da unidade caso. Na terceira categoria, “Bem-vindo à residência: os encontros cotidianos com os diferentes contornos da violência durante a formação”, são expressos os principais desafios vivenciados pelos residentes durante o processo de ensino aprendizagem que perpassam pelos atos de violência em que se alternam atores, sujeitos violados e violentados. Na quarta categoria, “Resistir para persistir: as estratégias utilizadas para o enfrentamento cotidiano dos atos permeados pela violência no processo de ensino”, são apontadas as estratégias construídas pelos residentes para resistir aos desafios e as adversidades cotidianas impostas pelos atos de violência existentes durante o processo de formação. O texto é finalizado com os principais apontamentos revelados na pesquisa que vislumbram a estruturação da assistência as mulheres de forma respeitosa, ética, humana e livre de violência. Que verdadeiramente olhe para as singularidades vividas na experiência da parturição compondo instantes eternos, num constante movimento de reescrita da existência e de ressignificação do ser e do fazer societal.

Palavras chaves: Violência contra a mulher, Mulheres, Obstetrícia, Parto obstétrico, Exposição à violência, Internato e Residência.

ABSTRACT

This study was intended to understand the phenomenon of obstetric violence and its consequences in the context of training of obstetrics residents in a teaching hospital in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais. In order to reach the proposal, we used a qualitative case study methodology, based on the notions proposed by Michel Maffesoli for the writing of *Comprehensive Sociology of Everyday Life*. The research was performed in a maternity ward entitled as a teaching hospital with the Gynecology and Obstetrics and Obstetric Nursing Residency Programs. During the data collection, we used participant observation, focus group and interview techniques, including a total of twenty-five participating residents. The immersion and understanding of data took place through the Content Analysis technique. The structure of the thesis was organized in chapters, where the first two introduced an integrative review that proposed to describe the main characteristics listed in the phenomenon, followed by a chapter dedicated to the exploration of the legal framework that supports the current discussions encompassing obstetric violence. The revelations of the elements found in the participant observation composed a chapter in which the context of the unit is discussed, thereby revealing the daily lives of residents and the interfaces with obstetric violence. Regarding the data revealed by the focus group and during the interviews, we raised four categories as follows: First category, "My conception, our conceptions: the dialogues and the meanings attributed to obstetric violence by residents", where we know the conceptions that the residents attributed to obstetric violence, clarifying the possible explanations for its occurrence in the health care setting. In the second category, "A daily life marked by violence: convergences and divergences in case unit revealed by residents", we depict the experience of obstetric violence in the daily life of the case unit. In the third category, "Welcome to the residency: the daily meetings with the distinct outlines of violence during training", we express the main challenges experienced by residents during the teaching-learning process pervading the acts of violence in which actors, violated and abused subjects are alternated. In the fourth category, "Resist with a view to persisting: the strategies used for daily confrontation of acts permeated by violence in the teaching process", we highlight the strategies built by residents to resist the daily challenges and obstacles imposed by acts of violence during the training process. The text is concluded with the main notes revealed in the research envisioning the structuring of the health care for women in a respectful, ethical and humanized way, as well as free of violence. In other words, we should truly look at the particularities lived in the experience of childbirth, composing eternal moments, in a constant movement of rewriting the existence and redefining the *being* and the *doing* in society.

Descriptors: Violence against women, Women, Obstetrics, Delivery, Exposure to violence, Internship and Residency.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Identificação, seleção e inclusão das publicações que compuseram a revisão integrativa	29
Figura 2 -	Principais Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e Recém-Nascido no Brasil.....	71
Figura 3 -	Conceito de Violência Obstétrica compreendido nas leis Estaduais Brasileiras.....	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese das publicações utilizadas nesta revisão.....	32
Quadro 2 - Síntese dos resultados encontrados nos artigos analisados.	36
Quadro 3 - Tipologia e exemplificação da Violência Obstétrica baseadas na análise dos artigos incluídos na revisão integrativa.....	38
Quadro 4 - Resultados das pesquisas inclusas na revisão, que objetivaram quantificar as diferentes formas de Violência Obstétrica.....	39
Quadro 5 - Quadro sinóptico: Apresentação da síntese e análise dos artigos incluídos na fundamentação teórica sobre Violência Obstétrica.....	51
Quadro 6 - Leis Estaduais sobre a temática da Violência Obstétrica e a tipificação do fenômeno.....	79
Quadro 7 - Projetos de Lei sobre a temática e suas caracterizações.....	84
Quadro 8 - Participantes do estudo	107
Quadro 9 - Categorias analíticas oriundas da análise de dados conforme a técnica da Análise de Conteúdo	116

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Análise de Conteúdo
A&CR	Acolhimento com Classificação de Risco
ACAU-HSF	Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
BH	Belo Horizonte
CPNHG	Centro de Parto Normal Helena Greco
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EE-UFMG	Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FAIS	Fundação de Assistência Integral à Saúde
FIOCRUZ-MINAS	Fundação Oswaldo Cruz – Minas Gerais
GF	Grupo Focal
HSF	Hospital Sofia Feldman
ICM	International Confederation of Midwives
IRR	Instituto René Rachou
MEC	Ministério da Educação
MG	Minas Gerais
MPF	Ministério Público Federal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
P	Participante
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização ao Parto e Nascimento
PREO	Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica

PRMGO	Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
REHUNA	Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SP	São Paulo
SSVP	Sociedade São Vicente de Paula
STF	Supremo Tribunal Federal
STJ	Superior Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCIN	Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VO	Violência Obstétrica
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	16
1.1	Estruturação da tese.....	20
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo Geral.....	23
2.2	Objetivos Específicos.....	23
3	REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1	A Violência Obstétrica no cotidiano assistencial e suas características: uma revisão integrativa.....	24
3.2	Da legalidade a ilegalidade: o arcabouço da legislação brasileira sobre a violência obstétrica.....	65
4	METODOLOGIA	94
4.1	Delineamento do estudo	94
4.2	Referencial Teórico- Sociológico.....	96
4.2.1	A Sociologia Compreensiva e do Quotidiano	96
4.2.2	A caminho da compreensão: pressupostos teóricos e da sensibilidade.....	98
4.2.3	À luz dos pressupostos maffesolianos.....	102
4.2.4	Algumas considerações sobre a Sociologia Compreensiva e do Quotidiano.....	105
4.3	Processo de coleta dos dados.....	106
4.4	Análise de Dados.....	113
4.5	Aspectos Éticos.....	120
5	RESULTADO E DISCUSSÃO	122
5.1	Um olhar sobre o cotidiano: unidade caso.....	122
5.1.1	A instituição e sua construção histórica, filosófica e existencial no e para o SUS.....	123
5.1.2	Enfrentamentos, resistências e desafios atuais no HSF.....	131
5.1.3	Do acolhimento a internação: Como acolher se não somos acolhidos?.....	134
5.1.4	O cotidiano de assistência as parturientes.....	139
5.1.5	O “Meio”: Você entendeu por que chamamos aqui de “Faixa de Gaza”?.....	147
5.2	Minha concepção, nossas concepções: os diálogos e as significações atribuídas à violência obstétrica pelos residentes	154
5.2.1	As diferentes interfaces de uma ampla concepção constituída sobre a violência obstétrica	155

5.2.2	As possíveis explicações vinculadas a existência e perpetuação da violência obstétrica no cotidiano	170
5.3	Violência obstétrica na unidade caso: convergências e divergências desveladas pelos residentes	189
5.3.1	O HSF reconhecido como uma instituição diferenciada na assistência ao parto e nascimento, mas, não livre de violência obstétrica	190
5.3.2	Os relatos de violência obstétrica no cotidiano da residência e os sentimentos aflorados	199
5.4	“Bem-vindo à residência”: os encontros quotidianos com os diferentes contornos da violência durante a formação	226
5.4.1	As relações existentes no universo dos processos de ensino e aprendizagem	227
5.4.2	Dificuldades e repercussões no cotidiano de formação dos residentes em obstetrícia	244
5.5	Resistir para persistir: as estratégias utilizadas para o enfrentamento quotidiano dos atos permeados pela violência	256
5.5.1	Ser residente no enfrentamento da violência obstétrica: o olhar atento, o respeito, o conhecimento e a individualização do cuidado.....	257
5.5.2	Residentes resistentes no anteparo à violência obstétrica	272
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÃO.....	287
	REFERÊNCIAS.....	293
	APÊNDICE A	304
	APÊNDICE B	305
	APÊNDICE C	306
	APÊNDICE D	308
	ANEXO A	309
	ANEXO B	310

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A assistência ao parto e ao nascimento no Brasil, ao longo de décadas, foi marcada por mudanças significativas, inseridas pelo processo de institucionalização, que acarretaram uma intensa medicalização do corpo feminino, promovendo sua desfragmentação, despersonalização, patologização e gerando a utilização abusiva de intervenções desnecessárias sobre a mulher e o bebê.

Construindo um histórico da assistência ao parto e ao nascimento no mundo, notamos que o modelo obstétrico de atuação foi sendo modificado ao longo dos séculos, a começar pela apropriação do corpo feminino como objeto de atuação e o estudo da Medicina para o desenvolvimento do saber científico que, principalmente a partir do século XIX, passou a ser considerado algo superior às práticas existentes, que garanta segurança e modernidade às mulheres assistidas (MAIA, 2010; MORAIS, 2010).

No Brasil, o modelo tecnicista de assistência ao parto é caracterizado pelo processo intervencionista, com adaptação de novas tecnologias e incorporação de grande número de procedimentos sobre o corpo da mulher, modificando, ao longo das décadas o cenário do nascimento. A mulher foi separada do ritual original do parto, de sua família, de seu ambiente doméstico e oferecida a uma proteção técnica que não preservou o seu direito a uma assistência humanizada, centrada no cuidado como um elemento vivo (MAIA, 2010; MORAIS, 2010; SANFELICE *et al.*, 2014).

Assim, o parto medicalizado propõe um modelo de atenção centrado na utilização de técnicas e processos sistemáticos, permeados por um aparato tecnológico e fármaco-químico, que permitem o controle excessivo do corpo feminino, reduzindo-o a um objeto de intervenção, um útero que abriga um feto a ser expulso pela vagina (MAIA, 2010).

Vivemos o chamado “paradoxo perinatal brasileiro” no qual a assistência médico-centrada não impede os alarmantes indicadores de morbidade e mortalidade de mulheres agravando os sistemas de saúde, social e financeiro de nossa nação (LANSKY *et al.*, 2014).

O fazer dos profissionais da saúde utiliza métodos iatrogênicos e não sustentados em evidências científicas para justificar suas ações e convencer equivocadamente a população de sua necessidade. A mulher passa a desacreditar

em seu corpo e no seu poder de parir, delegando ao outro as decisões e cuidados a serem realizados (LEAL *et al.*, 2014; LANSKY *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2018).

Nesse contexto, o cuidado intersubjetivo e integral foi substituído, gradualmente, por complexas tecnologias que visam tratar um corpo defeituoso em uma ótica onde a gestação deixa de ser compreendida como um evento fisiológico da vida, passando a necessitar de controles excessivos e cura, já que a mulher é destituída de sua corporeidade e de sua autonomia (TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008; MORAIS, 2010; SANFELICE *et al.*, 2014).

Nesse panorama assistencial, a mulher torna-se elemento secundário no cenário do nascimento, sujeita ao ambiente controlado, cercado por ordens e protocolos institucionais, que a segregam de seu contexto social, cultural e a faz desacreditar em sua capacidade fisiológica de parir.

Os profissionais de saúde, vestidos de sua autoridade técnico-científica e respaldados nas relações de poder e desigualdade entre as usuárias/mulheres, usam a autoridade para manter a obediência às regras, rompendo com as interações humanas, gerando a fragilização dos vínculos entre suas pacientes e a crise de confiança no cuidado que é prestado, acarretando na perda da autonomia da mulher e do livre direito de decidir sobre seu corpo (MOURA; LOPES; SANTOS, 2009; AGUIAR, D'OLIVEIRA, 2011; BELLÓN SÁNCHEZ, 2015). O que ocorre é a precarização e a alienação das relações entre os sujeitos envolvidos. Nesse momento, a atuação intervencionista da equipe assistencial e consolidação do modelo fragmentado de atuação obstétrica é determinante.

Essas relações são estabelecidas pela imposição de uma autoridade unilateral, que emerge o terreno fértil para a consolidação das diferentes formas de violências exercidas durante a assistência ao trabalho de parto, parto e em situações de abortamento sobre as mulheres, recém-nascido e suas famílias.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo inteiro mulheres são assistidas de maneira violenta, vivenciando situações de maus-tratos, desrespeito, abusos, negligências, violação dos direitos humanos por profissionais de saúde, sendo mais frequente durante a assistência ao parto e ao nascimento (OMS, 2014). A assistência permeada por essas características se configura como um fenômeno mundialmente prevalente, nomeado e tipificado como Violência Obstétrica (VO).

A VO, é caracterizada pelo desrespeito aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos, desvela o *(des)cuidado* com as mulheres durante a assistência obstétrica, submetendo-as a frequentes intervenções e procedimentos considerados, muitas vezes, desnecessários ao mecanismo fisiológico do parto em face das atuais evidências científicas (AGUIAR, 2010).

Os escritos da OMS (1996) declaram que a violência é traduzida pela imposição de um grau significativo de dor e sofrimento que seriam evitáveis, sendo a VO um tipo específico de violência contra a mulher durante o ciclo reprodutivo, a qual envolve as questões da assistência prestada pelos profissionais durante o abortamento, o trabalho de parto, o parto, o puerpério, e inclusive o planejamento reprodutivo (WHO, 1996; OMS, 2014; ZANARDO *et al.*, 2017).

Corriqueiramente, na sala de parto, encontram-se mulheres seminuas na presença de estranhos, sozinhas em um cenário desconhecido, em posição de submissão total, pernas abertas e levantadas, genitália exposta, rotineiramente separadas de seus filhos logo após o nascimento (GUILLÉN, 2015).

São frequentes relatos de VO, a citar: negação à presença do acompanhante de escolha; falta de informações às mulheres sobre os diferentes procedimentos a serem executados durante a assistência; realização de cesáreas desnecessárias; privação do direito à alimentação, deambulação; exames vaginais rotineiros e repetitivos sem justificativa; uso rotineiro de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; realização de episiotomia sem consentimento da mulher; manobra de Kristeller; por fim, todos esses eventos podem acarretar danos permanentes de ordem física, mental e emocional (PÉREZ D'GREGORIO, 2010; BELLÓN SÁNCHEZ, 2015; REGIS; RESENDE, 2015; GÓMEZ PÉREZ; OLIVEIRA; LAGO, 2015; GUILLÉN, 2015).

Tal cenário atinge, especialmente, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas, que estão expostas ao poder institucional e profissional, com características opressoras e dominadoras, que excluem a subjetividade feminina como característica essencial para a construção da assistência centrada na mulher e do exercício de sua plena cidadania (AGUIAR; D'OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; OMS, 2014; FELITTI, 2011).

Outra questão, exposta pelos autores que buscam compreender o fenômeno da VO, firma-se no conceito estereotipado de gênero socialmente difundido, em que a mulher, vista como sexo frágil, necessita ser mantida sob uma autoridade

patriarcal (neste cenário, o médico), que irá decidir o que é melhor para ela, transformando o nascer num ato centrado no profissional e passível das práticas violentas (BELLÓN SÁNCHEZ, 2015; ZANARDO *et al.*, 2017). Para Sadler e colaboradores (2016), a VO possui particularidades que a diferem das outras formas de violências em um contexto que envolve a violência baseada em gênero, sendo naturalizada e reproduzida continuamente no cotidiano das Instituições de saúde.

A VO praticada por profissionais de saúde das mais diferentes categorias subsiste seja naqueles com formação pautada no modelo tradicional de assistência, e em outros, conhecedores dos princípios que norteiam a humanização da assistência. No entanto, há um distanciamento significativo entre o conhecimento teórico e a prática profissional cotidiana. Ressaltamos que esse cenário não é exclusivo dos serviços públicos de atenção ao parto, mas se faz presente em todas as esferas de atenção à saúde da mulher, inclusive no setor privado, onde inúmeras vezes a violência é mascarada pela falsa sensação de escolha devido à privação do acesso ou ocultação à informação de direito do usuário pelos próprios profissionais de saúde.

A presença da VO nos cenários assistenciais, em que há profissionais de saúde em formação, traz profunda inquietação por imaginarmos como essa realidade é compreendida e apreendida por acadêmicos e residentes em processo de aprendizagem. A reflexão revela preocupação por vislumbrarmos uma formação marcada pelo aprendizado violento, que ensina aos seus educandos com naturalidade o desrespeito ao outro, a violação de seus corpos, a corrupção de seus direitos, a exclusão de sua individualidade como se a conduta correta fosse essa.

Com base nessas observações, questionamos: Qual a compreensão que o residente de obstetrícia possui sobre a VO na assistência ao parto e ao nascimento? Como esse fenômeno está presente em seu cotidiano de formação? Quais implicações a VO pode gerar no processo de formação dos residentes em obstetrícia?

O ensino da obstetrícia no Brasil é marcado pelo treinamento de habilidades técnicas, utilizando, essencialmente, os corpos das mulheres, em muitos casos, sem consentimento e não reconhecendo a violação dos seus direitos e da ética (DINIZ *et al.*, 2016). Os aprendizes da obstetrícia continuam sendo moldados em um modelo de atenção normalizado pela cultura institucional do poder, do desrespeito e da

“legitimidade” do seu fazer cotidiano nos corpos femininos, não permitindo outras vivências que se contrapõem a essa prática.

Assim, a tese a ser defendida pressupõe que a VO presente no cotidiano das instituições de saúde tem implicações importantes na formação de profissionais que lidam com a assistência obstétrica, os médicos e as enfermeiras obstétricas, contribuindo para a permanência de um modelo obstétrico medicalizado, desfragmentado, despersonalizado e violento.

A relevância deste estudo, portanto, não se justifica somente pela necessidade de se aprofundarmos a discussão sobre o tema da VO no cenário nacional dos hospitais de ensino, mas também pela necessidade de se compreendermos os possíveis impactos desse evento na formação acadêmica e tal reflexo na construção da própria identidade profissional e assistencial dos residentes em formação.

Entidades de saúde e ensino, movimentos de mulheres, corporações de estudantes, todos se debruçam sobre uma mesma questão, correlata à nossa, e fomentam a produção cultural e social de um discurso sobre o problema da VO na assistência à mulher e no ensino da obstetrícia em nosso país.

É inegável que a formação de profissionais de saúde no modelo de residências constitui-se o padrão ouro de ensino, por associar a experiência profissional nos campos de prática, o aprendizado em serviço por meio da atuação direta nas instituições e a vivência do cotidiano assistencial em sua veracidade.

Assim, a produção de relatórios de pesquisa com a temática da VO no cenário das residências possibilita a troca de experiências sobre o universo de formação, estimula a construção de um processo educativo e de uma assistência verdadeiramente pautada no respeito às mulheres, e em seus direitos fundamentais e a transformação da assistência ao parto em um momento prazeroso de ser vivenciado por todos, sobretudo por elas.

1.1 ESTRUTURAÇÃO DA TESE

A tese foi estruturada em seis capítulos distintos. O primeiro capítulo, anteriormente apresentado, trata-se da introdução que aborda os elementos iniciais para a apresentação do fenômeno de interesse da pesquisa constituído pela VO no contexto de formação de médicos e enfermeiros residentes em obstetrícia.

No segundo capítulo apresentamos o objetivo geral e os objetivos específicos que foram propostos para a pesquisa. No terceiro capítulo redigimos dois textos dedicados à revisão da literatura acerca do tema.

O primeiro texto constitui-se um artigo publicado na Revista Latinoamericana de Enfermagem no ano de 2018 com o título: “A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características: uma revisão integrativa”. No artigo discutimos as principais características atribuídas a VO utilizando as etapas propostas para a metodologia da revisão integrativa.

O segundo texto, “Da legalidade a ilegalidade: o arcabouço da legislação brasileira sobre a violência obstétrica”, emerge das discussões sobre a legalidade da utilização do termo VO para designar as ações de violência presentes no cenário de assistência a mulher. Para concebermos a discussão foi realizado um levantamento do arcabouço legal composto por portarias, leis, projetos de lei, resoluções que abordam e legitimam as reflexões sobre a temática.

O quarto capítulo destina-se a descrevermos o percurso metodológico desenhado para a tese com a apresentação e detalhamento de todas as etapas, iniciando pelo desenho de estudo e finalizando com as categorias alcançadas após a análise dos dados.

No quinto capítulo apresentamos os resultados e as discussões dos dados produzidos pela pesquisa sendo subdividido em um texto inicial denominado “Um olhar sobre o cotidiano: unidade caso” que sintetiza as memórias produzidas pelos pesquisadores nos momentos vivenciados durante a observação participante.

Na segunda parte do capítulo retratamos as categorias analíticas originárias dos dados do grupo focal e das entrevistas em profundidade. Foram constituídas quatro categorias assim intituladas: “Minha concepção, nossas concepções: os diálogos e as significações atribuídas à Violência Obstétrica pelos residentes”, “Violência Obstétrica na unidade caso: convergências e divergências desveladas pelos residentes”, “Bem-vindo à residência: os encontros quotidianos com os diferentes contornos da violência durante a formação”, “Resistir para persistir: as estratégias utilizadas para o enfrentamento quotidiano dos atos permeados pela violência”.

No sexto e último capítulo apontamos algumas considerações finais que remetem ao que foi produzido na tese, aos elementos explorados nos textos e nas

discussões apontando para algumas contribuições acadêmicas aos estudos que almejam dedicar-se a temática da VO.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Compreender o fenômeno da violência obstétrica e suas implicações no contexto de formação dos residentes de obstetrícia em um hospital de ensino do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever as noções de violência obstétrica na concepção dos residentes;
2. Reconhecer as implicações da violência obstétrica no processo formativo dos residentes em obstetrícia;
3. Analisar as possíveis repercussões da violência obstétrica no fazer profissional dos residentes;
4. Discutir as principais estratégias para o enfrentamento do fenômeno da violência obstétrica constituída pelos residentes em sua trajetória formativa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características: uma revisão integrativa

Resumo

Objetivo: Analisar a produção científica sobre a violência obstétrica identificando e discutindo suas principais características no cotidiano da assistência ao ciclo gravídico e puerperal. **Método:** Revisão integrativa da literatura de 24 publicações indexadas entre 2007 e 2017 nas bases de dados BVS, CINAHL, MEDLINE, SciELO, SciVerse Scopus e Web of Science. **Resultados:** As publicações se concentram a partir de 2015, nos idiomas inglês, espanhol e português, com desenhos metodológicos de natureza quantitativa e qualitativa. Na discussão, primeiramente, abordam-se o conceito de violência obstétrica, suas diferentes formas de ocorrência e prevalência na assistência. Em sequência, são apresentadas as diferentes interfaces do fenômeno com reflexões acerca de questões relacionadas à concepção de gênero, aos diferentes atores envolvidos, à institucionalização, invisibilidade e banalização do evento. Por fim, são apresentadas as estratégias de enfrentamento perpassando pela formação acadêmica, pela conscientização das mulheres, pelas propostas de mobilização social, pela construção de políticas públicas e leis. **Conclusão:** A violência obstétrica retrata uma violação dos direitos humanos e um grave problema de saúde pública, revelada nos atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder que naturalizam e banalizam sua ocorrência.

Descritores: Violência contra a mulher. Mulheres. Obstetrícia. Parto obstétrico. Exposição à violência. Revisão.

Descriptors: Violence against women. Women. Obstetrics. Delivery. Exposure to violence. Review.

Descriptores: Violencia contra la mujer; Mujeres; Obstetricia; Parto obstétrico; Exposición a la violencia; Revisión.

Introdução

A assistência ao parto e ao nascimento no Brasil, ao longo de décadas, foi marcada por mudanças significativas ocasionadas pelo processo de institucionalização, que acarretou em intensa medicalização do corpo feminino, promovendo sua desfragmentação, despersonalização e patologização, além de gerar a utilização abusiva de intervenções desnecessárias na mulher e no bebê⁽¹⁻³⁾.

O cuidado intersubjetivo e integral foi substituído, gradualmente, por complexas tecnologias que visam tratar um corpo defeituoso sob uma ótica em que a gestação deixa de ser compreendida como um evento fisiológico da vida, passando a necessitar de controles excessivos e de cura⁽¹⁾.

Nesse contexto assistencial, a mulher torna-se elemento secundário no cenário do nascimento, sujeita ao ambiente controlado, cercado por ordens e protocolos institucionais que a segregam de seu contexto social e cultural, bem como a fazem desacreditar na sua capacidade fisiológica de parir⁽¹⁻²⁾.

Os profissionais de saúde, vestidos de sua autoridade técnico-científica e respaldados nas relações de poder e desigualdade entre as usuárias/mulheres, usam a autoridade para manter a obediência às regras, rompendo com as interações humanas, o que gera a fragilização dos vínculos entre suas pacientes e a crise de confiança no cuidado que é prestado e acarreta a perda da autonomia da mulher e do livre direito de decidir sobre seu corpo⁽²⁻⁴⁾. Essas relações são estabelecidas pela imposição de uma autoridade unilateral, criando um terreno fértil para a consolidação das diferentes formas de violência exercidas durante a assistência ao trabalho de parto e parto.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), no mundo inteiro mulheres são assistidas de maneira violenta, vivenciando situações de maus tratos, desrespeito, abusos, negligências, violação dos direitos humanos por profissionais de saúde, sendo mais frequente durante a assistência ao parto e ao nascimento⁽⁵⁾.

Regularmente, nas salas obstétricas, encontram-se mulheres seminuas na presença de estranhos, sozinhas em um cenário desconhecido, em posição de submissão total, pernas abertas e levantadas, genitália exposta, rotineiramente separadas de seus filhos logo após o nascimento⁽⁶⁾.

São frequentes os relatos de violência: negação à presença do acompanhante de escolha; falta de informações às mulheres sobre os diferentes procedimentos executados durante a assistência; realização de cesáreas desnecessárias; privação do direito a alimentação e a deambulação; exames vaginais rotineiros e repetitivos sem justificativa; uso frequente de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; realização de episiotomia sem consentimento da mulher; manobra de Kristeller; por fim, todos esses eventos podem acarretar danos permanentes de ordem física, mental e emocional^(4,6-9).

Esse cenário atinge, especialmente, mulheres de baixo nível socioeconômico, de minorias étnicas expostas ao poder institucional e profissional, com características opressoras e dominadoras que excluem a subjetividade feminina como traço essencial para a construção da assistência centrada na mulher e do exercício de sua plena cidadania^(5,10-11).

Outra questão exposta pelos autores que buscam compreender o fenômeno da Violência Obstétrica (VO) firma-se no conceito estereotipado de gênero socialmente difundido, em que a mulher, vista como sexo frágil, necessita ser mantida sob uma autoridade patriarcal (nesse cenário, o médico), que vai decidir o que é melhor para ela, transformando o nascer num ato centrado no profissional e passível das práticas violentas⁽⁴⁾.

Com base nessas observações, emerge a questão norteadora da pesquisa: Como o fenômeno da VO está caracterizado no cotidiano da assistência ao ciclo gravídico e puerperal?

O estudo se justifica dada a necessidade emergente de serem conhecidas as características da VO para melhor compreensão de como esse evento ocorre no contexto assistencial e quais suas possíveis repercussões na prática obstétrica atual. Espera-se que, por meio da análise da produção desse conhecimento, diferentes sujeitos – mulheres, profissionais de saúde, gestores, entidades de ensino – que se interessem pela temática possam ser alcançados, na tentativa de que a assistência obstétrica seja construída livre de atos violentos e pautada pelo respeito aos direitos sexuais, reprodutivos e humanos. Assim, a identificação e a discussão das características que delineiam o fenômeno da VO tornam-se importantes para a proposição e a validação de leis e políticas públicas que apresentem estratégias de enfrentamento e de mudança nos paradigmas assistenciais que perpetuam os atos violentos no cotidiano obstétrico.

Nesse sentido, objetivou-se analisar a produção científica sobre a VO no cotidiano da assistência ao ciclo gravídico e puerperal para identificação e discussão de suas principais características.

Método

A estratégia metodológica utilizada para a construção deste texto foi a Revisão Integrativa de Literatura, que inclui conceitos científicos, provenientes de pesquisas acadêmicas, na busca de evidências científicas a serem aplicadas no cotidiano assistencial. Esse método de pesquisa tem por objetivo reunir, sintetizar e analisar o conhecimento científico existente sobre uma temática de interesse do pesquisador, de maneira sistematizada e ordenada, mostrando a evolução do tema ao longo dos anos e contribuindo para o aprofundamento de questões investigadas⁽¹²⁻¹³⁾. Para o alcance desse objetivo, propõe-se a construção da revisão baseada em seis etapas distintas, assim propostas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão⁽¹³⁾.

A busca bibliográfica foi realizada mediante a questão norteadora nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com acesso à Base de Dados Específica da Enfermagem (BDENF); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Campus Virtual de Saúde Pública (CVSP – Brasil); Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos; e demais bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via Pubmed; Scientific Electronic Library Online (SciELO); SciVerse Scopus; Web of Science.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: publicações de natureza quantitativa e qualitativa, nos idiomas português, inglês ou espanhol, no período de 2007 a 2017, que pudessem responder à seguinte questão norteadora: Como o fenômeno da VO está caracterizado no cotidiano da assistência no ciclo gravídico e puerperal? A escolha pelo recorte temporal justifica-se em razão do anseio de analisar as produções que ocorreram após a aprovação da Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, em 2006, na

Venezuela, como um marco do repúdio à assistência obstétrica assinalada pela VO. Foram considerados critérios de exclusão os documentos de natureza editorial (cartas, comentários, notas breves) e relatos de experiências.

A estratégia de busca iniciada na BVS e replicada nas demais bases de dados combinou os descritores e palavras-chave com os operadores booleanos: "Violência contra a mulher", or "Violence against women", or "Violencia contra la mujer" (obstetric violence, or violência obstétrica) and "Parto obstétrico", or "Delivery, obstetric" (delivery or obstetric). Inicialmente, foram localizadas 861 publicações, cujos títulos e resumos foram lidos, bem como avaliados os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos sendo excluídas 801 publicações.

Ao final, foram selecionadas 60 publicações para leitura na íntegra, visando garantir maior confiabilidade e validação do material selecionado a ser analisado nesta revisão. Nesse processo de seleção, foram refinados os textos que realmente respondiam à questão de interesse, que possuíam adequação metodológica e com discussão consistente da temática proposta. Após a leitura, as publicações que apresentaram alguma discordância de sua aceitação para compor a amostra final foram novamente analisadas, sendo excluídas ou não. Cessada a etapa de pré-seleção e seleção do material, permaneceram 24 publicações, que contemplam a amostra final que compõe esta revisão (Figura 1).

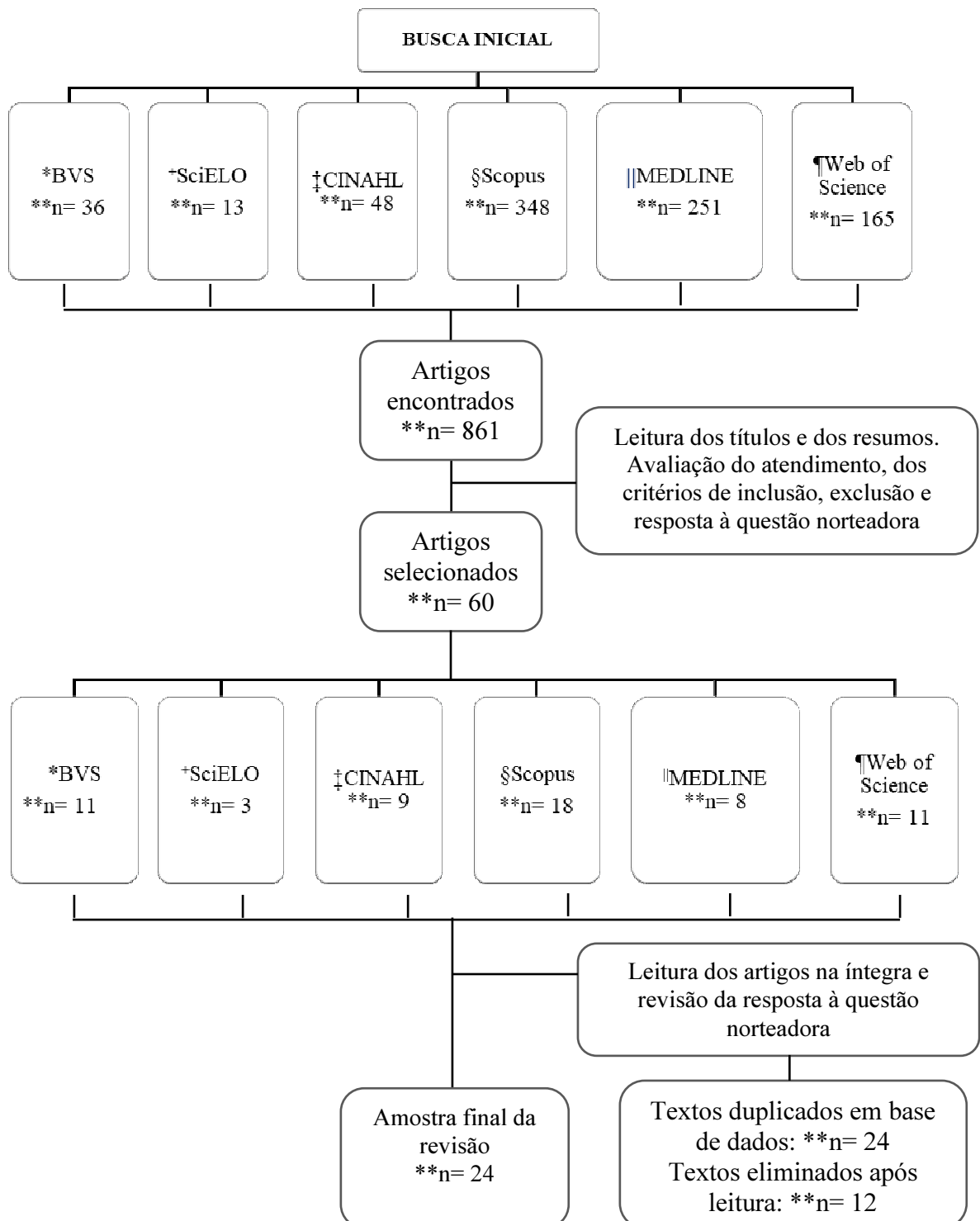


Figura 1 – Identificação, seleção e inclusão das publicações que compuseram a revisão integrativa.

*BVS – Biblioteca Virtual em Saúde; +SciELO – Scientific Electronic Library Online; ‡CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; §Scopus – Base de dados bibliográfica Scopus; || MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online; **n – Número.

As publicações também foram analisadas com base na classificação proposta pela *Evidence-based practice* (Prática baseada em evidência), que descreve sete níveis de evidências: nível 1 – evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os relevantes ensaios clínicos randomizados controlados, ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 – evidências derivadas de, pelo menos, um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3 – evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 – evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5 – evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 – evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 – evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas⁽¹⁴⁾.

Finalizando a trajetória metodológica, as publicações foram analisadas exhaustivamente, interpretadas e sintetizadas em um quadro sinóptico, com a descrição das características do título, ano, objetivos, principais resultados, conclusões ou recomendações finais.

Resultados

Analisados os dados das 24 publicações inclusas neste artigo, observou-se que 80% delas foram escritas nos últimos três anos – 2015 (40%); 2016 (28%); de 2017 (12%) –, o que reflete na contemporaneidade do tema VO e a necessidade emergente que esse assunto seja discutido no cenário mundial. No que tange ao idioma de publicação, 36% foram em inglês, 28% em espanhol e 36% em português.

Houve diversidade em relação ao local de origem dos estudos. Destaca-se que 75% eram de países da América Latina, sendo nove estudos no Brasil, quatro na Argentina, quatro na Venezuela e um no México; 4,2% na Europa (um estudo incluindo seis países – Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estônia, Noruega e Suécia); 8,3% na África (um no Kênia e outro na República da África do Sul); e 12,5% na América do Norte (três estudos nos Estados Unidos).

Os autores que compuseram as publicações pertencem a duas diferentes áreas do conhecimento: 75% das Ciências da Saúde (53% médicos, 14%

enfermeiros, 8% enfermeiros obstetras) e 25% das Ciências Sociais e Humanas (8% advogados, 17% antropólogos).

Em relação à distribuição dos desenhos dos estudos, 32% são de natureza quantitativa, 32% de natureza qualitativa e 36% foram caracterizados como narrativo-discursivos. Em relação ao nível de evidência, 62,5% das publicações foram classificadas com nível VI (evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo) e 37,5% como nível VII (evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas).

Para melhor identificação das publicações que compõem esta revisão, construiu-se um quadro-síntese com informações pertinentes ao: i) título e ano da publicação; ii) título, base de dados indexados e classificação quanto ao tipo de estudo; iii) nível de evidência e objetivo original da publicação (Figura 2).

N	Título	Ano	Base de dados	Tipo de estudo/ Nível de evidência	Objetivo do estudo
1.	Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias ⁽³⁾	2011	*BVS +LILACS	Pesquisa qualitativa/VI	Identificar, nas falas das entrevistadas, a complexa interação entre poder e violência, e como essa interação se molda no cenário da violência institucional cometida em maternidades públicas.
2.	Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud ⁽¹⁵⁾	2012	*BVS +LILACS	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Determinar o grau de conhecimento sobre a \pm VO e suas implicações legais aos profissionais de saúde que trabalham na área de obstetrícia em diferentes centros no país.
3.	Violencia obstétrica: percepción de las usuarias ⁽¹⁶⁾	2013	§Scopus	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Avaliar a percepção sobre a atenção obstétrica recebida durante o processo de nascimento com relação à \pm VO, em um grupo de usuárias que se encontravam no puerpério.
4.	Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde ⁽¹⁰⁾	2013	*BVS +LILACS	Pesquisa qualitativa/VI	Apresentar e discutir dados de uma pesquisa realizada com profissionais de saúde sobre a violência institucional em maternidades públicas, analisada à luz das relações entre o poder e a autoridade médicos e as relações de gênero.
5.	Violência obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade-escola do interior do Estado de São Paulo ⁽¹⁷⁾	2015	*BVS BDEF Enfermagem	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Verificar a prevalência de \pm VO na Maternidade do Hospital Escola Padre Albino, de Catanduva-SP; descrever as características do atendimento obstétrico nesse setor.
6.	Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna e propostas para sua prevenção ⁽¹⁸⁾	2015	*BVS +LILACS	Revisão crítico-narrativa/VII	Introduzir o leitor no debate de forma a auxiliá-lo na busca sobre aspectos específicos que podem ser abordados como temas de pesquisa e intervenção.
7.	Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices ⁽¹⁹⁾	2015	§Scopus	Pesquisa qualitativa/VI	Examinar as práticas de \pm VO vivenciadas diariamente pelas parteiras que trabalham em hospitais públicos mexicanos.
8.	Violencia obstétrica desde la	2015	§Scopus	Pesquisa	Determinar a prevalência de \pm VO nas salas de parto do

	perspectiva de la paciente ⁽²⁰⁾			quantitativa transversal/VI	Hospital Geral do Oeste "Dr. José Gregório Hernández", em Caracas, durante o período de junho a outubro 2012.
9.	Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries ⁽²¹⁾	2015	§Scopus	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Avaliar a prevalência e o sofrimento causado pelos abusos cometidos nos cuidados em saúde, apresentar os antecedentes sociodemográficos de mulheres com história de abuso nos cuidados de saúde e avaliar a associação entre abuso nos cuidados em saúde e características obstétricas selecionadas.
10.	Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica ⁽²²⁾	2015	§Scopus	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Analisar as condutas obstétricas de rotina da sala de hospitalização do Serviço de Obstetrícia do Hospital Central Maracay/ Venezuela, que são tipificadas como atos constitutivos de \neq VO, tendo como base os contemplados na Lei Orgânica sobre o direito das mulheres de uma vida livre de violência.
11.	"Daí você nasceu minha filha": análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra ⁽⁸⁾	2015	§Scopus	Pesquisa qualitativa/VI	Analisar uma carta ao obstetra que tematiza a violência obstétrica, como parte de um estudo que se insere em uma pesquisa mais ampla sobre a representação discursiva da gestação e do parto.
12.	The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya ⁽²³⁾	2015	¶MEDLINE	Pesquisa quantitativa descritiva/VI	Apresentar os resultados quantitativos do impacto gerado pelas intervenções do projeto Heshima na redução da prevalência do desrespeito e o abuso durante o parto no Quênia, percebido e observado entre as mulheres que participam nos serviços de saúde pesquisados.
13.	Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa ⁽²⁴⁾	2015	Web of Science	Opinião de especialista /VII	Avaliar os cuidados maternos classificados com desrespeitosos, abusivos e violentos que muitas mulheres sul-africanas enfrentam.
14.	Violência obstétrica sob o olhar das usuárias ⁽²⁵⁾	2016	*BVS BDEF Enfermagem	Pesquisa Qualitativa/VI	Investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica.
15.	Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica ⁽²⁶⁾	2016	**SCIELO	Opinião de especialista /VII	Discutir a definição de \neq VO em relação a certas relações e práticas na assistência médica à gravidez e ao parto.

16.	La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica ⁽²⁷⁾	2016	**SCIELO	Opinião de especialista /VII	Analisar as posturas de médicos que trabalham na atenção à saúde de mulheres, que possuíam práticas marcadas pelo modelo intercultural de atenção ao parto e procuram humanizar a assistência como maneira de diminuir a \pm VO.
17.	Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980) ⁽¹¹⁾	2016	**SCIELO	Opinião de especialista /VII	Analisar os debates e experiências que geraram na Argentina, nas décadas de 1960 e 1970, as novas formas de atenção à gravidez: parto sem dor, parto sem medo, parto psicofilático e parto sem violência.
18.	Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina ⁽²⁸⁾	2016	§Scopus	Opinião de especialista /VII	Explorar, criticamente, o conceito de \pm VO como um marco legal para identificar as práticas de saúde que constituem abuso e maus tratos às mulheres.
19.	Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence ⁽²⁹⁾	2016	§Scopus	Opinião de especialista /VII	Discutir o contexto da assistência ao parto e nascimento fundamentado nas práticas obstétricas intervencionistas que geram os abusos e a \pm VO, bem como sua configuração atual.
20.	Invisible wounds: obstetric violence in the United States ⁽³⁰⁾	2016	§Scopus	Opinião de especialista /VII	Discutir a VO nos Estados Unidos partindo da análise de casos reais de <i>bullying</i> e coerção para a execução de procedimentos médicos.
21.	Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence ⁽³¹⁾	2016	§Scopus	Opinião de especialista /VII	Analisar filosoficamente a \pm VO, com foco em como essa violência é vivida e experimentada por mulheres e por que é frequentemente descrita não apenas da violência em geral, mas da violência de gênero.
22.	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco ⁽³²⁾	2016	§Scopus	Pesquisa quantitativa transversal/VI	Analisar os fatores associados à \pm VO de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife.
23.	Percepção das mulheres sobre violência obstétrica ⁽³³⁾	2017	*BVS BDEFN Enfermagem	Pesquisa Qualitativa/VI	Caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o processo parturitivo.

24.	Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha ⁽³⁴⁾	2017	§Scopus	Pesquisa Quantitativa/VI	Analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.
-----	--	------	---------	--------------------------	---

Quadro 1 – Síntese das publicações utilizadas nesta revisão.

*BVS – Biblioteca Virtual em Saúde; +LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; ‡VO – Violência obstétrica; §Scopus – Base de dados bibliográfica Scopus; ||BDENF – Base de Dados Específica da Enfermagem; ¶MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online; **SCIELO – Scientific Electronic Library Online

Baseando-se na análise dos artigos, foram identificadas informações similares nos resultados e discussões dos textos. Para melhor compreensão dos dados, foram construídas três categorias analíticas: conceitos introdutórios ao tema, contextualização do fenômeno e estratégias para prevenção e enfrentamento. A síntese desses elementos permitiu a organização das ideias que compuseram a discussão, no intuito de caracterizar a VO no cotidiano assistencial (Figura 3).

Resultados oriundos dos artigos analisados	Estratificação	Artigos
Conceitos introdutórios ao tema	Conceito de *VO	(18,20,28-29)
	Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência	(11,15-16,24,29-30)
	Tipos de *VO	(3,8,10,16-18,20,22-24,26,28-29,32-34)
	Prevalência dos diferentes tipos de *VO	(16-17,20-22,32,34)
Contextualização do fenômeno	Concepção de gênero e sua relação com a *VO	(3,10-11,18-19,24-25,27-28-31,33)
	Grupos vulneráveis	(3,18-19,32)
	A *VO como violação dos direitos humanos	(3,16,19,23,25-30-31)
	A *VO como problema de saúde pública	(3,16,23,25-30,32)
	Relações de poder nos atos de *VO	(3,10-11,15,26-27,29,32-33)
	Banalização/Naturalização da *VO	(3,10,16,19,23,25-30,32)
	Desconhecimento e ou não reconhecimento pelas mulheres dos atos *VO	(19,24-25,33-34)
	Questões organizacionais que geram atos violentos (sobrecarga de trabalho, esgotamento físico e mental, escassez de recursos, inadequadas condições de trabalho)	(8,10,25,27,29,33)
Estratégias para prevenção e enfrentamento	Mudanças no modelo assistencial	(15-16,18,20, 28-29)
	Mudanças no processo formação do profissional	(18,29)
	Acesso a informação/conhecimento	(18,25-26,28-29,33)
	Mobilização social	(18-20,23-25,29,33)
	Legislação e políticas públicas	(11,15-17,19,24,29-30)

Quadro 2 – Síntese dos resultados encontrados nos artigos analisados.

*VO – Violência obstétrica.

Discussão

Inicialmente, para a compreensão da temática VO, são apresentadas a contextualização e a tipificação desse fenômeno nos diferentes cenários da assistência à mulher. A revisão teórica possibilitou a concepção da VO como um fenômeno reconhecido por meio de diferentes tipos de violência que podem ocorrer no contexto da gestação, do parto, do puerpério, bem como nas situações que envolvem o abortamento, pós-abortamento e assistência ao ciclo reprodutivo^(18,20,28-29).

A principal fonte para a composição do conceito provém da Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência, aprovada em novembro de 2006, na Venezuela, que se tornou o primeiro país a promulgar uma lei que caracteriza a VO como a apropriação do corpo feminino e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde. Esse fato foi revelado pelo trato desumano, uso abusivo da medicalização e intervenções desnecessárias sobre processos fisiológicos, gerando a perda da autonomia e da liberdade de escolha, o que reflete negativamente na qualidade de vida das mulheres^(11,15-16,24,29-30).

Esse contexto abrange as situações expressas em atos negligentes, abusivos, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos, fundados em relações de poder e autoridade exercidas, principalmente, pelos profissionais de saúde, seja no ambiente hospitalar, seja em qualquer cenário público ou privado em que possam ser estabelecidos atos sobre o corpo feminino ou sua sexualidade de forma direta ou indireta, anulando as mulheres enquanto sujeitos de direito^(3,10,20,24,28,31-32,34). No Estatuto da Violência contra a Mulher da Argentina, a VO é caracterizada como um trato cruel, desonroso, desumano, humilhante, ameaçador, exercido por profissionais de saúde, causando danos físicos, psicológicos e emocionais à mulher assistida⁽²⁸⁾.

A OMS tipifica as formas de VO e ressalta cinco categorias que operacionalizam as definições legais: 1 – intervenções e medicalização rotineira e desnecessária (sobre a mãe ou o bebê); 2 – abuso, humilhação e agressão verbal ou física; 3 – falta de insumos e instalações inadequadas; 4 – práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mãe, após informações completas, verídicas e suficientes; 5 – discriminação por motivos culturais, econômicos, religiosos e étnicos⁽²⁶⁾.

A OMS considera a VO parte pertencente a uma cultura institucional enraizada, marcada pela banalização, invisibilidade e naturalização do fenômeno no cotidiano assistencial. As características descritas permitem o não reconhecimento da VO como prática de violação dos direitos humanos e grave problema de saúde pública mundial^(3,16,19,23,25-30,32). A fim de tipificar e ilustrar as diferentes formas de VO apresentadas na literatura e elucidar aos leitores como esse fenômeno é diversificado, cotidiano e real no cenário obstétrico, elaborou-se a Figura 4.

Tipologia	Exemplos
Violência verbal	Falas grosseiras, desrespeitosas, vexatórias, coercitivas, discriminatórias, de cunho moralista, comentários críticos, irônicos e negativos, que expõem as mulheres ao constrangimento, inferiorização, humilhação. A presença de jargões do tipo: “Está chorando por quê? Na hora de fazer, não chorou!”; “Mas nem dói tanto assim!”; “Ah, não chora, não, ano que vem você está aqui de novo”; “Se não fizer força, seu bebê vai sofrer”; “Cala a boca e empurra o bebê”; “Se gritar, eu paro agora o que estou fazendo”. Falas acusadoras e discriminatórias às mulheres em situação de abortamento.
Violência física	Realização de toques vaginais repetitivos e agressivos, uso rotineiro de episiotomia; realização de cesarianas desnecessárias; falta de manejo adequado da dor (seja antes, durante e depois do parto); realização de procedimentos sem a analgesia adequada (curetagem, retirada manual da placenta, sutura, parto cesariana); utilização de puxos dirigidos; tapas e beliscões nas pernas; contenção física de pernas e braços durante o parto normal ou cesariana; manobra de Kristeller.
Violência psicológica	Ameaças, gritos, discurso autoritário e hostil, intimidações diante do comportamento das pacientes; chantagens feitas pela equipe. Atribuição de culpa à mulher em situações como: sofrimento fetal (ou estado fetal não tranquilizador); dificuldade de realizar puxos no período expulsivo. Atribuição de incapacidade a mulher de parir.
Violência sexual	Realização de toque vaginal sem luvas; manipulação de genitálias de forma grosseira e desrespeitosa, toque no corpo e toque retal na mulher sem o consentimento dela.
Discriminação social	Desrespeito, estigma, preconceito ou tratamento diferencial à mulher diante da sua cor, raça/etnia, condição social, econômica, conjugal, opção sexual, religião, escolaridade. Abuso financeiro por profissionais.
Negligência na assistência	Assistência indiferente, abandono, recusa em promover cuidados às mulheres consideradas “queixosas”, “escandalosas”, “descompensadas”, “pouco colaborativas”, “questionadoras”. Postergar a assistência a mulheres em situação de abortamento.
Uso inadequado de procedimentos e tecnologias	Procedimentos iatrogênicos, uso abusivo de ocitocina, imobilização no leito durante o trabalho de parto, parto em posição litotômica, realização rotineira de amniotomia, monitorização fetal contínua de rotina, jejum prolongado sem indicação, manejo inadequado da dor sem justificativas, não realização de contato pele a pele e clameamento precoce de cordão umbilical.

Quadro 3 – Tipologia e exemplificação da VO baseadas na análise dos artigos incluídos na revisão integrativa^(3,8,10,16-18,20,22-24,26,28-29,32,34).

Pesquisas nacionais, como a da Fundação Perseu Abramo, apontam que uma em cada quatro mulheres no Brasil sofreu algum tipo de VO durante a assistência ao parto e metade das que abortaram também tinha relato semelhante. Dentre as formas de VO citadas, 10% sofreram toque vaginal de forma dolorosa; 10% tiveram negação de métodos de alívio à dor; 9% receberam gritos; 9% xingamentos ou humilhação; 7% não tiveram informações sobre os procedimentos realizados; 23% sofreram violência verbal com frases preconceituosas^(17,32,34.).

De acordo com os resultados da pesquisa “Nascer no Brasil”, das mulheres entrevistadas (n=23.894), 36,4% receberam medicação estimulante para o parto; 53,5% tiveram episiotomia; 36,1% receberam manobras mecânicas para acelerar o nascimento; 52% foram submetidas a cesariana sem justificativa; 55,7% foram mantidas restritas ao leito; 74,8% ficaram em jejum; 39,1% foram submetidas a amniotomia⁽¹⁷⁾.

Discutindo os estudos nacionais e internacionais que buscaram quantificar as diferentes formas de VO aqui tipificadas, construiu-se a Figura 5.

Título	Local do estudo	Participantes	Descrição dos tipos de violência
Estudos Nacionais			
Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha ⁽³⁴⁾	Onze hospitais-maternidades de média e alta complexidade do Estado do Ceará.	3765	Das puérperas estudadas, 63,1% não tiveram a presença de profissional que proporcionou conforto físico e emocional; 37,2% não receberam esclarecimento sobre procedimentos; 67,9% sentiram medo; 28,3% receberam ordens para parar de gritar; 24,6% foram apelidadas. Em relação aos procedimentos, 86,7% referiram Manobra de Valsalva; 52,2%, exame de toque por diferentes pessoas; 63,8%, uso de soro; e 34,5%, de ocitocina.
Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco ⁽³²⁾	Hospital-escola de alta complexidade para a assistência materno-infantil em Recife, Brasil	603	Das mulheres pesquisadas, 86,57% sofreram algum tipo de *VO como: parto em posição litotômica: 39%; incentivo a puxo voluntário: 65%; uso de ocitocina: 41%; amniotomia: 31%; clampeamento precoce de cordão: 30%.
Violência	Maternidade	172	Das puérperas pesquisadas, 27,9 %

obstétrica: perfil assistencial de uma maternidade- escola do interior do Estado de São Paulo (SP) ⁽¹⁷⁾	do Hospital- Escola Padre Albino, São Paulo, Brasil		sofreram *VO, como: conduta despeitosa e repreensão: 2,3%; falha no esclarecimento de dúvidas: 16,3%, proibição do acompanhante: 9,3%, procedimentos sem esclarecimento ou autorização: 27,3% (dos quais 25,5% refere-se a episiotomia, 17% amniotomia, 17% enema, tricotomia, jejum, ocitocina, toques repetidos manobra Kristeller e cesariana sem justificativa 8,5% em cada procedimento).
Estudos internacionais			
Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente ⁽²⁰⁾	Hospital General del Oeste “Dr José Gregório Hernández em Caracas, Venezuela.	326	Das mulheres submetidas à assistência ao abortamento, parto normal, cesariana que foram estudadas evidenciou-se 26,3% havia sofrido algum tipo de maltrato, atitude desrespeitosa, agressão verbal ou física por profissionais da saúde, os agressores eram médicos em 66,7% dos casos e anestesistas em 33.3%.
Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries ⁽²¹⁾	Serviços de atendimento pré-natal de seis países europeus, Bélgica, Islândia, Dinamarca, Estónia, Noruega e Suécia	6923	Uma em cada cinco gestantes atendidas no pré-natal relatavam algum tipo de abuso (20,7%). Entre as nulíparas, o abuso na assistência médica foi associado ao medo em relação ao parto (+OD 2,25 e ±IC 1,23-4,12) na categoria de abusos graves no cuidado em saúde. Entre as múltiplas foram encontrados resultados na categoria sofrimento severo a partir de abusos no cuidado em saúde com uma significativa associação com o medo em relação ao parto (+OD 4,04 e ±IC 2,08- 7,83) e o desejo por cesariana.
Violencia obstétrica: percepción de las usuárias ⁽¹⁶⁾	Serviço de Puerperio da Maternidade “Concepción Palacios” em Caracas, Venezuela.	425	Das puérperas estudadas, 49,4% manifestaram ter sofrido algum tipo de trato desumano em seu atendimento por profissionais da saúde, 66,8% afirmaram ter sofrido atos médicos sem consentimento e 36,7% receberam ambos os tipos de violência. Ressalta-se no trato desumano 23,8% foram impedidas de terem contato com seus recém-nascidos, 21,6% receberam críticas por lamentar ou chorar durante o trabalho de parto e 19,5% sentiram impossibilitadas de expressar seus medos ou inquietudes; em relação aos procedimentos realizados sem consentimento 24,9% ficaram obrigatoriamente em decúbito dorsal, 31,3% tiveram uso de ocitócitos, 37,2% foram submetidas a toques vaginais

			repetitivos.
Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica ⁽²²⁾	Serviço de Obstetrícia do Hospital Central de Maracay, Venezuela.	160	Das pacientes estudadas, 80% tiveram a administração de ocitócitos de rotina (sendo 83,3% dos casos sem a autorização da mulher), 75% foram submetidas a episiotomia de rotina, 86,7% realizaram a auto estimulação dos mamilos por indicação para aumentar a contração uterina e 97,7% passaram pela revisão da cavidade uterina sem indicação.

Quadro 4 – Resultados das pesquisas incluídas na revisão, que objetivaram quantificar as diferentes formas de VO^(16-17,20-22,32,34).

*VO – Violência obstétrica; +OD – Odds Ratio; ‡IC – Intervalo de confiança.

Refletindo sobre a VO, seus sujeitos, atores e possíveis justificativas, observam-se diferentes olhares no cotidiano assistencial, ressaltando discussões fundamentais para o entendimento, apropriação, mobilização social e de categorias em defesa das mulheres vítimas desse evento.

Possíveis explicações para sua ocorrência são fomentadas pelos autores, que partem de uma análise inicial da existência de um grupo de mulheres mais vulnerável às diferentes formas de VO, caracterizadas como negras ou pertencente às minorias étnicas, adolescentes, pobres, com baixa instrução escolar, usuárias de drogas, mulheres vivendo em situação de rua, mulheres sem acompanhamento de pré-natal, sem acompanhante no momento do atendimento^(3,18-19,32).

Para além do estabelecimento de um grupo mais exposto, os autores remetem a uma profunda relação existente entre a representação da ideologia de gênero e a ocorrência da VO. A imagem da mulher consolidada culturalmente como um ser reprodutor, submisso, com inferioridade física e moral abre precedente para a dominação, controle, abusos e coação de seus corpos e de sua sexualidade, entrelaçados pelas questões discriminatórias^(3,10-11,18-19,24-25,28-31,33). Nessa concepção de gênero, as mulheres são objetificadas, rotuladas naturalmente como corpos reprodutores. A subjetividade delas é anulada e são destituídas de qualquer direito de escolha^(3,31,33).

A VO é uma questão feminista, fruto de uma opressão patriarcal que leva à redução, à repressão e à objetivação dos corpos femininos, limitando seu poder e suas maneiras de expressão. Ao contrário do pensamento masculino de fragilização, o corpo feminino é forte, ativo, criativo, capaz de suportar situações como o trabalho de parto e parto, por isso necessita de domesticação e controle para reduzi-lo a uma

condição de objeto, “desativado”, alienado, silencioso, assim passível de ser violado⁽³¹⁾. A mulher, nesse cenário, é destituída de sua identidade, fragmentada, deixando sua totalidade e passando a ser apenas um útero, em abrigo para o feto, uma máquina de fazer bebês ou apenas a “mãe”^(3,15,19,28).

Os atos violentos são praticados por profissionais de saúde – em sua maioria médicos – pautados pelo seu saber técnico e científico, por relações hierárquicas e desiguais de poder e autoridade, num modelo biomédico hegemônico e patriarcal que segrega e ilegítima o poder feminino sobre seu corpo, tornando-o passivo e disciplinado^(3,10,15,26,29,32-33).

Ocorre uma ruptura na relação de confiança entre mulheres e profissionais de saúde, gerando fragilização de vínculos existentes, perda da singularidade e subjetividades humanas. Diante da legitimidade simbólica que o “saber-poder” impõe aos médicos, porém, a mulher se sujeita a concordar com as vontades impostas pelos profissionais, tornando-se dependente, subordinada e refém desse ciclo violento, alimentado pelo medo e insegurança existentes sobre os processos obstétricos^(3,10-11,26).

Outra reflexão importante apontada por alguns autores fundamenta-se no paradoxo entre o exercício da VO por profissionais da saúde do sexo feminino, em alguns momentos identificadas como algozes, mais violentas que seus colegas homens no exercício da obstetrícia. Há uma negatização do fenômeno da feminização da assistência gineco-obstétrica associado ao crescente problema da VO e às questões de gênero. Também é ressaltada a dicotomia existente nesse processo, por serem executoras e potencialmente vítimas quando necessitam de assistência em alguma demanda obstétrica⁽²⁷⁾.

O profissional de saúde, por sua vez, tem dificuldade de se identificar como o causador de VO em suas diferentes formas, transvestindo a prática em atos naturais, justificáveis e necessários, que seriam realizados para o “bem” das pacientes e de seus bebês, o que legitima suas ações^(10,26-27,33). Essa forma de agir descaracteriza a violência em seu aspecto ético-moral, criando formas desejáveis de aceitar e qualificar os atos violentos no cuidado às mulheres no contexto obstétrico. A banalização da VO, discretamente naturalizada em condutas tidas como “brincadeiras” e “piadas” por profissionais da saúde, é até esperada pelas pacientes, que, socialmente, difundem essa realidade para outras mulheres como algo normal da vida cotidiana⁽¹⁰⁾.

Outra explicação comumente atribuída pelos profissionais na tentativa de “justificar” o cenário violento da assistência obstétrica firma-se em elementos como a sobrecarga de trabalho, os recursos humanos escassos, o esgotamento físico e mental dos profissionais, a precariedade das condições existentes para o atendimento das mulheres, a carência de infraestrutura adequada das instituições. A agregação desses problemas gera ambientes estressantes, desqualificados e passíveis da ocorrência dos diferentes tipos de VO, culminando na falta de comprometimento assistencial dos profissionais de saúde, que também se sentem violentados pelas inadequadas condições de trabalho^(8,10,27,29). Movidos por um sentimento de impunidade e passividade, os profissionais de saúde perpetuam as práticas violentas durante a assistência obstétrica, substituindo a ética das relações por um cuidado desumano, altamente tecnológico e invasivo⁽¹⁰⁾.

Outro contraponto importante para a permanência dos atos violentos na assistência obstétrica firma-se no desconhecimento da mulher em relação aos seus direitos sexuais e reprodutivos. Na realidade, as mulheres não conseguem distinguir se sofreram ou não atos violentos porque confiam nos profissionais que conduzem a assistência e também pela própria condição de fragilidade física e emocional que os processos obstétricos acarretam. Assim, acabam aceitando procedimentos sem nenhum questionamento, não expressam seus desejos, suas dúvidas e, em silêncio, sofrem sem ao menos terem ciência de que foram violentadas^(19,24-25,33-34). Essa passividade permite a imposição autoritária de normas e valores morais depreciativos por profissionais de saúde que, mais uma vez, julgam saber o que é melhor para as pacientes colocando-as em uma situação de impotência^(25,33).

Algumas estratégias para a prevenção e o enfrentamento da VO são propostas nos textos analisados nesta revisão, sendo discutidas mudanças que abrangem múltiplas dimensões, como a discussão sobre o modelo assistencial obstétrico em vigor no mundo, a conscientização das mulheres e da população geral acerca da temática e de seus direitos, o fomento de pesquisas que trabalhem assuntos voltados para a VO, procurando elucidar questionamentos ainda não respondidos nos estudos existentes^(18,29).

Alguns autores exaltam a importância de profundas mudanças no modelo de formação dos recursos humanos da saúde, quer nos cursos de graduação ou de pós-graduação. Temáticas como os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, relações de gênero, código de ética, assistência fisiológica ao trabalho de parto e

parto, humanização da assistência em obstetrícia, ensino da prática baseada em evidências devem fazer parte da rotina acadêmica dos futuros profissionais, levando a reflexões sobre o contexto atual e sobre quais mudanças se fazem necessárias para a construção de uma assistência respeitosa, humana e integral^(18,29).

Outro ponto importante ressaltado pelos autores refere-se aos investimentos necessários para a formação de enfermeiras obstetras e obstetras profissionais que atuam na assistência ao parto fisiológico e repercutem positivamente na redução de procedimentos iatrogênicos, na promoção do parto humanizado e na redução de cesarianas desnecessárias⁽¹⁸⁾.

No que tange às intervenções voltadas para as mulheres, os autores pontuam a necessidade de fornecer informações sobre as questões que envolvem a VO, ter acesso à base de evidências e informações imparciais sobre intervenções obstétricas, promovendo o fortalecimento da mulher como sujeito de direito e de sua autonomia na assistência que lhes é prestada^(18,25-26,28-29,33).

Deve-se garantir direitos fundamentais na assistência obstétrica que se sustentem na desmedicalização do nascimento e na prática baseada em evidências, atendendo a questões como a presença do acompanhante, a possibilidade do parto em posição vertical, o cumprimento do plano de parto construído pela mulher, o consentimento livre e esclarecido antes da realização de procedimentos médicos (como episiotomia, a cesariana), o uso comedido e apropriado de tecnologias^(15-16,18-20,28).

Nas ações voltadas para a conscientização da população geral sobre a questão da VO, é fundamental dar visibilidade ao problema, com a criação de canais para a denúncia e responsabilização dos diferentes atores envolvidos – instituições, gestores, profissionais de saúde, Ministério Público, Defensorias Públicas. Destaque-se que, nos últimos anos, iniciativas vinculadas aos movimentos de mulheres, entidades governamentais, não governamentais e sociedade civil têm contribuído para a ampla discussão desse fenômeno e a elaboração de estratégias para a denúncia, enfrentamento e punição dos responsáveis, ressaltando a necessidade de que esses grupos se envolvam nas decisões que devem ser tomadas diante da luta pelo fim das diversas formas de violência^(18-20,23-25,29,33).

A busca é pela criação de leis, portarias e políticas públicas que protejam as mulheres contra a VO, reconheçam-lhes o direito a uma assistência livre de violência e reivindiquem a autonomia sobre seus corpos. É pela luta para que as entidades

judiciais considerem a VO um delito com atribuição de penas, que podem variar entre pagamento de multas, procedimentos disciplinares até condenações de prisões mediante a julgamento dos atos cometidos pelos agressores^(11,15-16,19,24,29-30). O enfrentamento da VO se firma na divulgação de informações para a sociedade civil, mulheres, movimentos sociais, profissionais de saúde, instituições sobre a existência dessas regulamentações e as repercussões legais da prática dos atos de violência no cenário obstétrico^(15,20,23,29,33).

Não basta apenas, no entanto, punir, é necessário promover ações de prevenção e, em alguns casos, reparar situações já existentes em busca de cuidados obstétricos respeitosos, dignos, que promovam mudanças, bem como o compartilhamento das responsabilidades entre todos os envolvidos no processo – profissionais de saúde e gestores dos serviços^(17,30).

Conclusão

A síntese dos achados dos estudos permitiu o delineamento das características da VO como um evento manifesto nos atos negligentes, imprudentes, omissos, discriminatórios e desrespeitosos praticados por profissionais de saúde e legitimados pelas relações simbólicas de poder e pelo conhecimento técnico-científico que naturalizam e banalizam sua ocorrência no cenário obstétrico. Assim, a VO retrata uma violação dos direitos humanos e constitui um grave problema de saúde pública.

Ressalte-se que a proposição de estratégias de prevenção e enfrentamento do evento perpassa pela formação acadêmica, pela conscientização das mulheres, pela mobilização social, pela criação de leis e políticas públicas, num desafio conjunto para garantir-lhes uma assistência obstétrica livre de violência e firmada nos direitos sexuais e reprodutivos.

Referências

1. Torres JA, Santos I, Vargens OMC. Constructing a care technology conception in obstetric nursing: a sociopoetic study. *Texto & Contexto Enferm.* [Internet]. 2008 Dec [cited Jun 5, 2017];17(4):656-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/05.pdf>.
2. Sena LM, Tesser CD. Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences. *Interface Comun Saúde Educ.* [Internet]. 2017 Jan [cited Jun 12, 2017];21(60):209-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf>.
3. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL. Institutional violence in public maternity hospitals: the women's view. *Interface Comun Saúde Educ.* [Internet]. 2011 Jan [cited Jul 2, 2017]; 15(36):79-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf><http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>.
4. Bellón Sánchez S. Obstetric violence from the contributions of feminist criticism and biopolitics. *Dilemata Int J Appl Ethics.* [Internet]. 2015 May [cited Jun 15, 2017];7(18):93-111. Available from: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374/379>.
5. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-nbased childbirth. [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited Jun 12 2017]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1.
6. Fernández Guillén F. What is obstetric violence? Some social, ethical and legal aspects. *Dilemata Int J Appl Ethics.* [Internet]. 2015 May [cited Jun 15, 2017];7(18):113-28. Available from: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/375/380>.
7. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet.* [Internet]. 2010 Dec [cited Jun 5, 2017];111(3):201-2. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2010.09.002/pdf>.
8. Regis JFS, Resende VM. "Then you delivered my daughter": critical discourse analysis of a letter to the obstetrician. *DELTA.* [Internet]. 2015 Jul [cited Jun 15, 2017];31(2):573-602. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/delta/v31n2/1678-460X-delta-31-02-00573.pdf>.
9. Gómez Pérez BA, Oliveira EV, Lago MS. Perceptions of postpartum during labor and delivery: integrative review. *Rev Enferm Contemp.* [Internet]. 2015 Jan [cited

Jun 18, 2017];4(1):66-77. Available from:
<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/472/436>.

10. Aguiar JM, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2013 Nov [cited Jun 25, 2017];29(11):2287-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n11/15.pdf>.
11. Felitti K. Without pain you will bring forth children: medical power, gender, and politics in new forms of assisted childbirth in Argentina (1960-1980). *Hist Cienc Saude Manguinhos*. [Internet]. 2011 Dec [cited Jun 25, 2017];18(suppl.1):113-29. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/07.pdf>.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto & Contexto Enferm*. [Internet]. 2008 Oct [cited Jun 19, 2017];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
13. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein (São Paulo). [Internet]. 2010 Mar [cited Jun 02, 2017];8(1 Pt 1):102-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>.
14. Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice [Internet]. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011 [cited Jun 15 2017]. Available from: <http://file.zums.ac.ir/ebook/208-Evidence-Based%20Practice%20in%20Nursing%20&%20Healthcare%20-%20A%20Guide%20to%20Best%20Practice,%20Second%20Edition-Be.pdf>.
15. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. [Internet]. 2012 Mar [citado Jul 05, 2017];72(1):4-12. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322012000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
16. Terán P, González Blanco M, Ramos D, Castellanos C. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. [Internet]. 2013 Set [citado Jun 27, 2017];73(3):171-80. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/og/v73n3/art04.pdf>.
17. Biscegli TS, Grio JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Obstetrical violence: profile assistance of a state of São Paulo interior maternity school. *Cuid Arte Enferm*. [Internet]. 2015 Jan [cited Jun 10, 2017];9(1):18-25. Available from: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facipa/ner/pdf/Revistacuidarteenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>.

18. 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.* [Internet]. 2015 [cited Jun 2, 2017];25(3):377-84. Available from: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629>.
19. Zacher Dixon L. Obstetrics in a time of violence: mexican midwives critique routine hospital practices. *Med Anthropol Q.* [Internet]. 2015 Dec [cited Jun 12, 2017];29(4):437-54. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/maq.12174/pdf>.
20. Pereira C, Toro J, Domínguez A. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venezuela.* [Internet]. 2015 Jun [citado Jun 15, 2017];75(2):81-90. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000200002.
21. Lukasse M, Schroll AM, Karro H, Schei B, Steingrimsdottir T, Van Parys AS, *et al.* Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand.* [Internet]. 2015 May [cited Jun 8, 2017];94(5):508-17. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12593/epdf>.
22. Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Routine behaviors in birth care that constitute obstetrical violence. *Utopía y Praxis Latinoamericana.* [Internet] 2015 Jan [cited Jun 26, 2017];20(68):113-20. Available from: <http://produccioncientificaluz.org/index.php/utopia/article/view/19763/19710>.
23. Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, *et al.* The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* [Internet]. 2015 May [cited Jul 15, 2017];15:224. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0645-6>.
24. Pickles C. Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. *SA Crime Quart.* [Internet]. 2015 Dec [cited Jul 5, 2017];(54):5-16. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/sacq/article/view/127746>.
25. Silva RLV, Lucena KDT, Deininger LSC, Martins VS, Monteiro ACC, Moura RMA. Obstetrical violence under the look of users. *Rev Enferm UFPE On Line.* [Internet]. 2016 Dec [cited Jun 8, 2017];10(12):4474-80. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9982/pdf_1791.

26. Castrillo B. Tell me by whom is defined and i'll tell if it is violent: a reflection on obstetric violence. *Sex Salud Soc. (Rio J.)*. [Internet]. 2016 Dec [cited Jul 20, 2017];(24):43-68. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sex/n24/1984-6487-sex-24-00043.pdf>.
27. Pozzio MR. The gynecology obstetrics in México: between "humanized childbirth" and obstetric violence. *Rev Estud Fem.* [Internet]. 2016 Jan [cited Jul 15, 2017];24(1):101-17. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v24n1/1805-9584-ref-24-01-00101.pdf>
28. Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reprod Health Matters.* [Internet]. 2016 May [cited Jul 5, 2017];24(47):65-73. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.05.001>.
29. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, *et al.* Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters.* [Internet]. 2016 May [cited Sep 09, 2017];24(47):47-55. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.
30. Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters.* [Internet]. 2016 May [cited Aug 10, 2017];24(47):56-64. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0968808016300040>.
31. Shabot SC. Making loud bodies "feminine": a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Hum Stud.* May [Internet]. 2016 [cited Jul 28, 2017];39(2):231-47. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>.
32. Andrade PON, Silva JQP, Diniz CMM, Caminha MFC. Factors associated with obstetric abuse in vaginal birth care at a high-complexity maternity unit in Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2016 Jan [cited Jun 18, 2017];16(1):29-37. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n1/1519-3829-rbsmi-16-01-0029.pdf>.
33. Oliveira TR, Costa REOL, Monte NL, Veras JMMF, Sá MIMR. Women's perception on obstetric violence. *Rev Enferm UFPE On Line.* [Internet]. 2017 Jan [cited Jul 5, 2017];11(1):40-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10539/pdf_2097.

34. Rodrigues FA, Lira SVG, Magalhães PH, Freitas ALV, Mitros VMS, Almeida PC. Violence obstetric in the parturition process in maternities linked to the Stork Network. *Reprod Clim.* [Internet]. 2017 May [cited Jun 18, 2017];32(2):78-84. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413208716300723>.

Quadro 5: Quadro sinóptico: Apresentação da síntese e análise dos artigos incluídos na fundamentação teórica sobre VO

Nº	Título do artigo	Ano	Autores	Objetivo	Resultados	Recomendações/ Conclusões
1.	Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)	2011	Karina Felitti	Analisar os debates e experiências que geraram na Argentina nas décadas de 1960 e 1970 as novas formas de atenção à gravidez: o Parto sem dor, parto sem medo, parto psicoprofilático e parto sem violência.	Na discussão dos resultados primeiramente foi apresentado um histórico das principais inovações que se difundiram na Europa e nos Estados Unidos nas décadas de 1960 e 1970 em relação a medicina na assistência as mulheres grávidas, em um segundo momento foram analisadas as relações de poder que estas novas formas de parir colocam em questão buscando a ressignificação da experiência do parto e nascimento. A partir dessas análises foi formulada uma proposta de colaboração com o desenvolvimento e disseminação de uma história da sexualidade e da reprodução na Argentina, promovendo a inclusão das questões relacionadas a gravidez e o parto respeitoso na agenda política feminista, no lugar de relevância, como parte dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.	As alterações que ocorreram desde a década de 1950 na assistência ao parto fazem parte de um contexto de mudanças sociais e culturais mais amplas que afetou as relações de género e modelos familiares existentes. A luta por um parto sem dor, parto sem medo, sem violência levaram a modificação do modelo de atenção obstétrica tradicional que atribuiu as mulheres um papel mais ativo na atenção obstétrica, não sendo vistas como “doente”, mas como sujeitos capazes de serem as estrelas da experiência parturitiva, ressignificando este momento. A autora ressalta a importância de continuar a trabalhar em prol da garantia dos direitos da gravidez e do parto incluindo a temática no topo da agenda política do país reivindicando a autonomia das mulheres, a sua capacidade em decidir livremente sobre os seus corpos.
2.	Violência institucional em maternidad es públicas sob a ótica das usuárias	2011	Janaina Marques de Aguiar; Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira	Identificar, nas falas das entrevistadas, a complexa interação entre poder e violência, e como esta interação se molda no cenário da violência institucional cometida em maternidades públicas.	Os dados revelaram que as entrevistadas relatam e reconhecem práticas obstétricas tipificadas como bom e mau atendimento em um âmbito dos atos discriminatórios e tratamento grosseiro na assistência obstétrica nas maternidades públicas, reagindo com estratégias de resistência ou de acomodação ao evento. As entrevistadas traçam um perfil das pacientes que são mais sujeitas aos atos violentos como as “escandaloosas”, trazendo a questão da banalização e naturalização da VO exercida sob as diferentes formas de poder pelos profissionais de saúde. Essas experiências ocorrem com tal frequência que	Em suas considerações finais as autoras ressaltam elementos da violência obstétrica como a objetificação dos corpos; a fragilização de vínculos; a banalização, naturalização e invisibilidade do fenômeno, e ressaltam a crise de confiança gerada por este cenário. Propõe o enfrentamento deste evento mediante a desconstrução da cultura institucional da VO a valorização da ética nas relações e interações humanas em uma perspectiva ampliada de cuidado valorizando a mulher como sujeito na relação profissional e paciente.

					<p> muitas parturientes já esperam sofrer algum tipo de maltrato, o que revela novamente a banalização da VO.</p>	
3.	<p>Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud</p>	2012	<p>Josmery Faneite; Alejandra Feo; Judith Toro Merlo</p>	<p>Determinar o grau de conhecimento sobre a VO e suas implicações legais aos profissionais de saúde que trabalham na área de obstetrícia em diferentes centros no país.</p>	<p>Dos 500 profissionais da saúde entrevistados 89,2% responderam afirmativamente para ao serem questionados se estão familiarizados com a VO e apenas 10,8% responderam negativamente. Ao serem questionados sobre quem poderia praticar os atos violentos 82,4% responderam que pode ser qualquer pessoal de saúde e 17,6% afirmaram que seria apenas o médico obstetra. Para o questionamento se já testemunharam atos de VO e que os praticou, 63,6% responderam que sim, dos quais 42,8% identificaram o abusador como sendo o médico, 42,5% enfermeiros e 14,8% outros membros da equipe de saúde. Por fim na questão se eles possuíam conhecimento sobre mecanismos de denúncia da VO, 72,6% dos entrevistados desconheciam sendo que apenas 7,2% relataram ter conhecimento de denúncias realizadas acerca da VO.</p>	<p>O autor propõem algumas frentes de atuação para o enfrentamento da VO, difundir a Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência para todos os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham em na área obstétrica; informar a população os atos constitutivos da VO e suas implicações legais para quem pratica; orientar os profissionais de saúde sobre os mecanismos existentes para denunciar e ajudar a vítima de VO; promover discussões sobre os estudos acerca da assistência ao parto em posição vertical, nas escolas médicas para treinar neste tipo de parto; conscientizar o profissional médico sobre o consentimento informado e penalidades existente que devem ser aplicadas nos casos estipulados pela lei.</p>
4.	<p>Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde</p>	2013	<p>Janaína Marques de Aguiar; Ana Flávia Pires Lucas; Lília Blima Schraiber</p>	<p>Apresentar e discutir dados de uma pesquisa realizada com profissionais de saúde sobre a violência institucional em maternidades públicas, analisada à luz das relações entre o poder e a autoridade médicos e as relações de gênero.</p>	<p>Os resultados da pesquisa apontaram que a sobrecarga de demandas, a falta de condições estruturais e a precariedade de recursos materiais e humanos são dificuldades enfrentadas quotidianamente e que refletem nas práticas de VO. Também foram apontadas dificuldades na relação com as pacientes, atitudes e comportamentos (as pacientes não colaborativas ou escandalosas) como causa para os atos de violência. Os entrevistados reconhecem em seu cotidiano situações de maus-tratos e desrespeitos, que em alguns momentos são percebidos e nomeados como VO, porém em outros, como condutas necessárias para que a assistência ocorra visto como parte do exercício da autoridade profissional, revelando uma dificuldade por</p>	<p>Os autores refletem que é necessário discutir a VO nos termos de sua banalização e naturalização buscando estratégias que tratem este fenômeno como uma “crise social” que degrada os valores humanos e do cuidado com o outro. Pontuando que o mal produzido nas práticas de saúde é reflexo das próprias práticas sociais que deslocam os aspectos éticos e morais dos atos violentos transformando em falsas justificativas para sua ocorrência. Exalta a necessidade de qualificarmos o cuidado que é prestado com o uso moderado de tecnologias e melhorias éticas e técnicas nas relações entre profissionais de saúde e gestantes, promovendo a restauração da autonomia das mulheres, controle sobre seus corpos e processos.</p>

					parte dos entrevistados de reconhecem a violência no exercício de suas atividades assistenciais. Isto gera a banalização, a naturalização e a invisibilidade dos atos praticados de VO no cotidiano da assistência as mulheres.	
5.	Violencia obstétrica: percepción de las usuarias	2013	Pablo Terán; Carlos Castellano; Mireya González Blanco; Damarys Ramos	Avaliar a percepção sobre a atenção obstétrica recebida durante o processo de nascimento com relação à VO, em um grupo de usuárias que se encontravam no puerpério.	Os resultados apontaram que das 425 usuárias pesquisadas, 49,4% manifestou ter sofrido algum tipo de trato desumano em seu atendimento por profissionais da saúde, 66,8% afirmaram ter sofrido atos médicos sem consentimento e 36,7% receberam ambos os tipos de violência; ressalta-se no trato desumano 23,8% foram impedidas de terem contato com seus recém-nascidos, 21,6% receberam críticas por lamentar ou chorar durante o trabalho de parto e 19,5% sentiram impossibilitadas de expressar seus medos ou inquietudes; em relação aos procedimentos realizados sem consentimento 24,9% ficaram obrigatoriamente em decúbito dorsal, 31,3% tiveram a administração de ocitócitos no trabalho de parto, 37,2% foram submetidas a toques vaginais repetitivos	Os autores concluem que há uma alta prevalência de práticas obstétricas consideradas violentas, sendo o principal tipo de violência percebida pelas usuárias: realização de atos médicos sem consentimento; tratamento desumano pelos profissionais de saúde, sendo a enfermagem identificada como o principal autor da VO seguido pelos médicos. Ressaltam que as mulheres identificam que há pouca informação em relação à VO bem como os locais onde denunciar. As autoras recomendam a implementação e aplicação dos termos de consentimento informado nos procedimentos a serem realizados na sala de parto, além da necessidade do desenvolvimento e implementação de protocolos assistenciais fundamentado nos princípios do parto humanizado.
6.	Violência Obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde	2015	Simone Grilo Diniz, Heloisa de Oliveira Salgado, Halana Faria de Aguiar Andrezzo, Paula Galdino Cardin de Carvalho, Priscila Cavalcanti	Introduzir o leitor no debate de forma a auxiliá-lo na busca sobre aspectos específicos que podem ser abordados como temas de pesquisa e intervenção.	As autoras iniciam o texto com uma breve recuperação histórica do tema no Brasil e no mundo, pontuam como caminharam as discussões sobre a VO, dos movimentos feministas às Políticas Públicas que reconheceram e documentaram este evento na saúde das mulheres. Num segundo momento há um mapeamento das definições e das tipologias de violência identificadas no cenário da assistência obstétrica. Discute-se também a complexa causalidade destas formas de violência, incluindo o papel da formação dos profissionais e da organização dos serviços de saúde e as implicações na	Na conclusão as autoras apontam um questionamento: como identificar, prevenir e mitigar a VO? Neste contexto elas propõem um tripé para o enfrentamento da VO voltado para: intervenções na formação de recursos humanos em saúde com uma discussão ampliada de temas pertinentes ao contexto da VO com os direitos humanos; intervenções voltadas a informar e fortalecer a autonomia de usuárias e famílias a citar: atividades educativas, garantia do direito ao acompanhante, uso do plano de parto; dar visibilidade ao fenômeno acionando entidades e responsáveis pelo seu enfrentamento, o fomento de pesquisas e o

	materna, e propostas para sua prevenção		Albuquerque Carvalho, Cláudia de Azevedo Aguiar, Denise Yoshie Niy		morbimortalidade materna.	desenvolvimento de indicadores de VO, divulgação de canais para a denúncia e o engajamento de todos os envolvidos para a prevenção e superação desta forma de violência.
7.	Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente	2015	Carlota J Pereira, Alexa L Domínguez, Judith Toro Merlo	Determinar a prevalência da VO nas salas de parto do Hospital Geral do Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" em Caracas durante o período de junho a outubro 2012	Os resultados evidenciaram na população de 326 pacientes estudadas que tiveram parto normal, cesariana ou atendimento as situações de aborto espontâneo que 26,3% haviam sofrido algum tipo de maltrato, atitude desrespeitosa, agressão verbal ou física por profissionais da saúde, os agressores eram médicos em 66,7% dos casos e anestesistas em 33,3%. Das mulheres 11,7% receberam palavras ofensivas, 2,8% receberam gritos e ameaças, 9,5% atitudes de maltrato, 34,4% não tiveram acesso a consentimento esclarecido sobre procedimentos realizados. Ao serem questionadas sobre o conhecimento que possuíam sobre o direito de ser atendidas sem sofre VO 70,9% afirmaram ter pouco conhecimento e 29,1% não ter conhecimento.	As conclusões apontam que a VO tem uma prevalência de 26,3% sendo a violência verbal a principal causa. A população jovem é a mais exposta. Não houve a solicitação de termo de consentimento informado nos procedimentos obstétricos. Há um desconhecimento por parte das usuárias e médicos da Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre de Violência. Como recomendações os autores propõem difundir a referida lei para a população e profissionais de saúde, insistir aos profissionais de saúde sobre a necessidade de termo de consentimento, procurar implementar a prática de parto em posição vertical com treinamento apropriado da equipe, promover a criação de um comitê com profissionais de saúde que avaliem os casos de maltrato buscando medidas corretivas e de prevenção.
8.	Violência Obstétrica: Perfil Assistencial de uma Maternidad e Escola do interior do estado de SP	2015	Terezinha Soares Biscegli, Jamile Martins Grio, Livia Costa Melles, Stella Regina Mastrangi Ignácio Ribeiro, Ricardo Alessandro Teixeira	Verificar a prevalência de VO na Maternidade do HEPA, de Catanduva-SP; descrever as características do atendimento obstétrico neste setor.	Os resultados do estudo com uma amostra 172 puérperas revelou que 27,9 % delas sofreram VO sendo relatadas intervenções como: 2,3% conduta despeitosa e repreensão, 16,3% falha no esclarecimento de dúvidas, 9,3% proibição do acompanhante, 27,3% passaram por procedimentos sem esclarecimento ou autorização (dos quais 25,5% refere-se a episiotomia, 17% amniotomia, 17% enema, tricotomia, jejum, ocitocina, toques repetidos manobra Kristeller e cesariana sem justificativa 8,5% em cada procedimento).	As conclusões apontam que a Maternidade do HEPA as formas de VO apresentadas no estudo incluem procedimentos obstétricos sem explicação ou autorização apontando a necessidade de sensibilização da equipe e orientação da equipe obstétrica por meio de capacitação e campanhas de prevenção. Destacam que a maior parte das formas de VO podem ser prevenidas melhorando a qualidade de vida das mulheres e o conceito da instituição frente a comunidade, necessitando o envolvimento da gestão hospitalar.

			Gonsaga			
9.	“Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra	2015	Jacqueline Fiuza da Silva Regis, Viviane de Melo Resende	Analisar uma carta ao obstetra que tematiza a violência obstétrica, como parte de um estudo que se insere em uma pesquisa mais ampla sobre a representação discursiva da gestação e do parto.	Partindo de categorias analíticas como avaliação, coesão, modalidade, pressuposição, intensificação, os autores investigam estilos no texto, considerando a construção discursiva de identidade e identificação contida na carta de uma paciente a sua obstetra. A análise aponta alto teor de intensificação e negação, além da expressão recorrente de afetos, julgamentos e apreciações por vezes contraditórias. O comportamento da médica foi avaliado como parte de uma crítica mais ampla ao modelo de assistência obstétrica vigente em nosso país, o que materializa aspectos da luta hegemônica travada no discurso da mulher assistida.	Como considerações finais a análise da carta permitiu refletir sobre a assimetria existente na relação de médica e paciente. Houve uma alternância entre sentimento de culpa e responsabilização da obstetra pela paciente no que tange ao procedimento cesariana ao qual foi submetida bem como os desdobramentos deste evento. A análise discursiva do texto ressaltou o modelo de atenção obstétrica vigente no país, com a culpabilização à mulher pelo insucesso no parto normal promovendo assim a cultura da cesariana em nosso meio sem admitir as iatrogenias causadas pelos profissionais na assistência ao parto.
10.	Prevalence of experience of abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries	2015	Mirjam Lukasse, Anne-Mette Schroll, Helle Karro, Berit Schei, Thora Steingrimsdottir, An-Sofie Van Parys, Elsa Lena Ryding, Ann Tabor	Avaliar a prevalência e o sofrimento causado pelos abusos cometidos nos cuidados em saúde, apresentar os antecedentes sociodemográficos de mulheres com história de abuso nos cuidados de saúde e avaliar a associação entre abuso nos cuidados em saúde e características obstétricas selecionadas.	Os resultados apontam que uma em cada cinco gestantes que frequentavam atendimento pré-natal de rotina relatou algum tipo de abuso nos cuidados de saúde. A prevalência variou significativamente entre os países estudados. A maioria das mulheres estudadas que sofreram abuso tinha como característica enfrentarem dificuldades econômicas e sofrerem com a falta de apoio social em suas vidas, sintomas de stress pós-traumático e depressão. Entre as mulheres nulíparas, o abuso na assistência médica foi associado ao medo em relação ao parto (OD 2,25 e IC 1,23-4,12) na categoria de abusos graves no cuidado em saúde. Entre as mulheres múltíparas foram encontrados resultados na categoria sofrimento severo a partir de abusos no cuidado em saúde com uma significativa associação com o medo em relação ao parto (OD 4,04 e IC 2,08-7,83).	Os autores concluem os abusos nos cuidados em saúde a mulheres atendidas no pré-natal é uma situação comum. As mulheres que possuíam um sofrimento severo causado por abusos em cuidados de saúde estiveram significativamente associado com o medo em relação ao parto e com desejo pelo procedimento cesariana.
11.	Conductas	2015	Marbella	Analisar as condutas	Os resultados do estudo tiveram uma amostra	Os autores ressaltam que o modelo médico

	de rotina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica		Camacaro, Mariangel Ramírez, Lisete Lanza, Mercedes Herrera	obstétricas de rotina da sala de hospitalização do Serviço de Obstetrícia do Hospital Central Maracay (HCM / Venezuela) que são tipificadas como atos constitutivos de VO, tendo como base os contemplados na Lei Orgânica sobre o direito das mulheres de uma vida livre de violência.	de 160 mulheres que foram internadas em trabalho de parto revelou que 80% tiveram a administração de ocitócitos de rotina (sendo 83,3% dos casos sem a autorização da mulher), 75% foram submetidas a episiotomia de rotina, 86,7% realizaram a autoestimulação dos mamilos por indicação para aumentar a contração uterina e 97,7% passaram pela revisão da cavidade uterina sem indicação.	hegemônico permanece com a prática de procedimentos desnecessários à assistência ao parto e que podem acarretar riscos adicionais proveniente das condutas iatrogênicas. Ressaltam que as mulheres não são informadas sobre os seus direitos e ao menos sabem sobre os procedimentos que serão realizadas durante o trabalho de parto e parto, contrariando as recomendações internacionais da OMS e o que vigora na Lei Orgânica em vigor no país.
12.	Eliminating abusive "care": A criminal law response to obstetric violence in South Africa	2015	Camilla Pickles	Avaliar os cuidados maternos classificados com desrespeitosos, abusivos e violentos que muitas mulheres sul-africanas enfrentam.	A autora inicia o texto fazendo uma reflexão sobre a legislação que existe acerca da VO colocando que o objetivo dessas leis é conter o tratamento abusivo, desrespeitoso e os cuidados obstétricos desumanizadores, bem como garantir a responsabilização dos atores envolvidos. Propõem uma discussão ampliada do conceito de VO no Sul da África baseada na concepção de gênero e defende a criminalização da VO como resposta legal e uma maneira de proibir cuidados obstétricos abusivos. O conceito de VO segundo a autora firma-se nos cuidados obstétricos que são excessivamente medicados e prejudiciais ao processo de nascimento. Os procedimentos considerados como uma necessidade médica passam a ser vistos como uma intervenção desnecessária e potencialmente perigosa. A autora aponta algumas respostas a VO, destaca que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no que tange a redução da mortalidade materna, abre espaço para o enfrentamento das práticas abusivas e desrespeitosas; ressalta a importância da Lei Orgânica sobre os Direitos das Mulheres a uma Vida Livre de Violência da Venezuela. Acentua que o abuso em cuidados obstétricos	O artigo conclui que a VO é caracterizada como o tratamento abusivo, desrespeitoso e violento contra a mulher sendo um conceito importante de ser abordado no cotidiano assistencial. Engloba as condutas que violam a autonomia, a privacidade, o físico, a segurança, a integridade psicológica, a dignidade e a igualdade. Remove qualquer possibilidade de decisão pela mulher sobre seu corpo, sendo necessária sua caracterização para a adoção de medidas legais de punição e controle.

					<p>é profundamente enraizado e tem sido descrito como ritualizado, sancionado, normalizado e institucionalizado. Ressalta que os atos de VO são atos criminosos e proibidos pela lei Sul Africana.</p>	
13.	The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya	2015	Timothy Abuya, Charity Ndwiga, Julie Ritter, Lucy Kanya, Ben Bellows, Nancy Binkin, Charlotte E. Warren	Apresentar os resultados quantitativos do impacto gerado pelas intervenções do projeto Heshima na redução da prevalência do desrespeito e o abuso (D & A) durante o parto no Quênia, percebido e observado entre as mulheres que participam nos serviços de saúde pesquisados.	<p>O desrespeito e o abuso (D & A) durante o parto e o nascimento são questões importantes correlacionadas com humanos direitos, equidade e saúde pública que também afetam as decisões das mulheres quanto ao local para nascimento, que fornecem informações apropriadas e manejam as complicações maternas e neonatais. Em 2011 à 2014 foi realizada uma pesquisa com puérperas no Quênia para medir a ocorrência de D&A sendo categorizadas seis tipologias, incluindo abuso físico e verbal, violações de confidencialidade e privacidade, detenção por falta de pagamento e abandono. Após esta pesquisa foi proposto um intenso trabalho com formuladores de políticas para encorajar maior atenção para D & A, capacitação de prestadores de cuidados nas maternidades, fortalecimento de vínculos entre aos serviços de saúde e a comunidade para responsabilidade e governança. Objetivo de identificar políticas de baixo custo e viável, intervenções comunitárias. Os resultados apontam que D & A geral diminuiu de 20-13% (p <0,004) e entre quatro das seis tipologias D & A diminuiu de 40-50%. As formas de violência que estatisticamente foram significantes na redução foram sentimento de humilhação e desrespeito, abuse psíquico, violação da confidencialidade, abuso verbal. Foram poucas formas de D & A que aumentaram após as intervenções como cuidados não consensuais e abandono. Os partos que aconteciam na mudança para o</p>	Os autores concluem positivamente acerca dos primeiros resultados dos efeitos da intervenção multi-componentes sobre a prevalência de D & A em instituições de saúde do Quênia. Os resultados sugerem que a implementação de tais intervenções dentro de instalações de saúde e comunidades têm potencial para reduzir a ocorrência de D & A e possivelmente melhorar os resultados maternos e neonatais. Ressaltam a necessidade de estudos adicionais com grupos de controle ou séries temporais com um período de acompanhamento mais longo para validação dos resultados achados. O estudo permitiu a análise cuidadosa dos papéis e influências contextuais que são essenciais para a implementação de intervenções semelhantes em outras configurações visando à redução D & A.

					plantão noturno foram associada a maior abuso físico e verbal.	
14.	Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence	2015	Sara Cohen Shabot	Analisar filosoficamente a VO, particularmente focada em como essa violência é vivida e experimentada por mulheres e por que é frequentemente descrita não apenas da violência em geral, mas da violência de gênero.	A autora analisa o fenômeno da VO como generalizado ao qual milhares de mulheres parturientes passam e continuam a ser vítimas, às vezes com terríveis consequências. Utilizando o aporte teórico da fenomenologia feminista para explicar como e por que esse fenômeno difere de outros tipos de violência médica, objetivação e reificação. Destaca que a VO é uma questão feminista fruto de uma opressão patriarcal que leva a uma redução, repressão e uma objetivação de seus corpos reduzindo o seu poder e a sua totalidade. Como uma forma de domesticar um corpo rebelde, para colocá-lo a uma condição de objeto, "desativado", alienado, passível de ser violado. O texto como uma definição para a VO e enfatiza as palavras como bárbaras, intrusivas, horríveis e degradantes para descrever os maus tratos recebidos dos cuidados de saúde por profissionais e ressalta a medicalização do nascimento como o evento primordial para o desencadeamento dos atos violentos. O "corpo feminino" no mais alto sentido (parto, cumprindo a tarefa da feminilidade, revelando o "mistério" da essência das mulheres), é um corpo forte, ativo e criativo, capaz de suportar situações com o parto, porém isto é o que o torna perigoso, propenso para domesticação e controle.	A autora conclui que ao mito da feminilidade, minando o modo feminino de comportamento corporal sob o patriarcado, ameaçando seriamente os poderes hegemônicos. A violência, então, parece ser necessária para domesticar esses corpos, para torná-los "femininos" novamente, dócil e silencioso. Domesticar e silenciar as mulheres e seus corpos sob o patriarcado é conseguido através da VO, sendo urgente a necessidade de discussão, levando a mudanças reais nas práticas obstétricas.
15.	Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine	2015	Lydia Zacher Dixon	Examinar as práticas de VO vivenciadas diariamente pelas parteiras que trabalham em hospitais públicos mexicanos.	O termo VO está sendo usado por muitas parteiras mexicanas para descrever as práticas obstétricas hospitalares, são modos estruturais de violência que nem sempre são explicitamente físicos ou facilmente codificados e regulados. Quando as parteiras definem e teorizam VO, procuram chamar a	A autora conclui que à medida que as parteiras mexicanas discutem violência obstétrica, tentam manter a violência estrutural ao lado da violência física como tendências igualmente problemáticas no sistema de, correndo o risco de alienar médicos e políticos ao definir essa violência de forma muito ampla. As parteiras

	Hospital Practices				atenção para o tema do parto medicalizado de uma forma que reflete constelações particulares de gênero, poder, história e biomedicina no México atualmente. Corpos femininos são tratados como objeto de estudo como algo imperfeito, patológico e altamente perigoso que necessita de intervenção. Uma análise da obstetrícia como um cenário para a promoção de um modelo de cuidados que se opõe à hipermedicalização do nascimento torna-se urgente, sendo denominado movimento de humanização da assistência ao parto. Ressalta a tentativa de responsabilizar legalmente os profissionais da saúde pela VO com normas internacionais e recomendações sobre as melhores práticas em obstetrícia. Trazer atenção para o uso indevido ou uso excessivo de intervenções tecnológicas e biomédicas no parto é uma parte importante do movimento contra a VO. O movimento violência obstétrica posiciona práticas obstétricas específicas dentro de um quadro mais amplo de padrões históricos e contínuos de desigualdade social, especialmente relacionado ao gênero, raça e ensino.	estão cada vez mais presentes nas discussões políticas e nos hospitais públicos, contribuindo para fomentar a reação negativa às representações da violência em espaços anteriormente considerados seguros. Para erradicar a VO as parteiras defendem a criação de legislação, políticas e normas hospitalares das melhores práticas em obstetrícia e a humanização do nascimento.
16.	Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade e de alta complexidade em Recife,	2016	Priscyla de Oliveira Nascimento Andrade, Jéssica Queiroz Pereira da Silva, Cinthia Martins Menino Diniz, Maria de Fátima Costa Caminha	Analisar os fatores associados à VO de acordo com as práticas não recomendadas na assistência ao parto vaginal em uma maternidade escola e de referência da Cidade do Recife.	Resultados revelaram revelou que das 603 mulheres pesquisadas 87% sofreram algum tipo de VO durante o trabalho de parto e parto referenciando as intervenções como o parto em posição dorsal ocorrem em 39% dos casos, incentivo a puxo voluntários em 65%, uso de ocitocina 41% dos casos e realização de amniotomia 31% dos casos e clampeamento precoce de cordão em 30% das pacientes. Após ajustes apenas as variáveis não possuir ensino médio completo e ter sido assistido por um profissional médico apresentaram associação significativa com a VO.	Nas conclusões do estudo ficou claro o grande número de intervenções obstétricas não recomendadas utilizadas durante a assistência ao parto consistes em um ato de VO, evidenciando progressos necessários para a mudança das práticas assistenciais no cenário obstétrico. Sugerem que os resultados de suas análises podem representar um pretexto para iniciar as discussões nos hospitais e maternidades e demonstram que apesar do incentivo do Ministério da Saúde para uma assistência humanizada os resultados ainda estão longe do recomendado necessitando uma ampla difusão das boas práticas obstétricas,

	Pernambuco					prestando uma assistência livre de violência.
17.	La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica	2016	Maria Raquel Pozzio	Analisar as posturas de distintos médicos que trabalham na atenção a saúde de mulheres e que possuíam práticas marcadas pelo modelo intercultural de atenção ao parto, e procuram humanizar a assistência como maneira de diminuir a VO.	Os resultados revelam que ao mesmo tempo em que a prática gineco-obstétrica se feminiza, aumenta a problematização acerca da VO. Com uma visão antropológica e baseada na análise de gênero os autores discutem as diferentes posturas dos médicos frente a introdução das práticas humanizadas de assistência ao parto, revelando a existências de três grupos: os profissionais abertos, os de postura intermediária e os resistentes as mudanças. Revela a partir dos depoimentos destes profissionais as respectivas posturas que caminham para uma banalização e naturalização da VO (profissionais resistentes) ou que desejam e lutam por mudanças efetivas na forma de atuar pautados da singularidade e individualidade do cuidado (profissionais abertos).	Em suas considerações finais a autora ressalta a feminização da obstetrícia como um problema para a compressão da VO pensados que mulheres médicas possuem comportamentos distintos frente a humanização revelando um lado paradoxo de atuação. Sintetiza os três tipos de profissionais encontrados ressaltando que: os profissionais abertos refletem as suas práticas e propõem transformá-las, já os resistentes insistem em manter o modelo de atuação obstétrica fundamentalmente violento e os intermediários estão dispostos a negociações. Ressaltam que a compreensão das maneiras em que se desenvolvem os cuidados em saúde abrem as reais possibilidades de transformá-lo, alcançando assim um cuidado que é efetivamente livre de todos os tipos de violência.
18.	Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence	2016	Michelle Sadler, Mário JDS Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena Skoko, Patricia Gillen, Jette A Clausen	Discutir o contexto da assistência ao parto e nascimento fundamentado nas práticas obstétricas intervencionistas que geram os abusos e a VO, bem como sua configuração atual.	Os autores iniciam a discussão revelando, um excesso crescente e preocupante de intervenções médicas durante parto, mesmo em partos fisiológicos e não complicados, juntamente com uma disseminação de abusos e práticas desrespeitadas (episiotomia e a cesariana indiscriminada) para as mulheres durante o parto em todo o mundo. Ressaltam que apesar da produção de pesquisa e a formulação de políticas na tentativa de resolver esses problemas, a mudança das práticas de parto provou ser difícil sendo urgente a discussão das taxas excessivas de intervenções médicas e o desrespeito às mulheres durante o parto no conceito ampliando de VO. Refletem as questões	Nas considerações finais os autores pontuam estratégias de ação para o combate da VO sendo elas: promoção de debates em nível nacional para o alcance da população geral; o desenvolvimento de legislação referente a VO que previna e combata com punições sua ocorrência; a identificação de estratégias bem sucedidas para o enfrentamento; o envolvimento de grupo de mulheres e sociedade civil nas decisões e organizações de serviços em defesa contra a VO; acesso das mulheres a informação e educação em saúde; o fomento de pesquisas sobre esta temática.

					associadas ao gênero e ao complexo problema das estruturas simbólicas impostas pelo modelo biomédico de apropriação dos corpos femininos.	
19.	Invisible wounds: obstetric violence in the United States	2016	Farah Diaz-Tello	Discutir a VO nos Estados Unidos a partir da análise de casos reais de bullying e coerção para a execução de procedimentos médicos.	A autora discute a partir de casos reais ocorridos nos últimos anos no EUA um problema de muitas instituições: o bullying e a coerção de gestantes pelos profissionais de saúde a procedimentos obstétricos qualificados como os “melhores para as pacientes” a exemplo a cirurgia cesariana. A conhecida e tipificada VO. O artigo fornece uma perspectiva sobre um problema sistêmico de violência institucionalizada baseada em gênero com responsabilização de apenas um lado o da mulher, além de proporcionar uma visão geral das limitações do sistema de justiça civil americana em abordar e punir a VO, comparando com alguns avanços ocorridos nos países latino-americanos.	A autora recomenda: mudanças legislativas a adoção de medidas punitivas; o reconhecimento da VO como um problema sistêmico que necessita de soluções; promulgação de protocolos para cuidados respeitosos e responsabilidade do Estado para a prevenção e reparação dos atos de violência; modelo que aborde a causa raiz da VO; fomento de pesquisas; educar os provedores de saúde e promover uma maior conexão com a sociedade civil.
20.	Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina	2016	Carlos Herrera Vacafior	Explora criticamente o conceito de VO como um marco legal para identificar as práticas de saúde que constituem abuso e maus tratos as mulheres.	O texto inicia com a conceitualização das variações de abuso e maus tratos que as mulheres são submetidas durante a assistência e cuidados obstétricos. Para uma melhor caracterização deste cenário o autor examina diferentes legislações e políticas de saúde na atenção materna. Destacando um conceito do Estatuto de Violência contra a Mulher da Argentina como sendo atrato cruel, desonroso, desdenhoso, humilhante ou ameaçador exercido por profissionais de saúde causando danos físicos, psicológicos, emocionais a mulher assistida. Utilizando uma perspectiva de saúde pública, ética e direitos humanos, o autor identifica e aborda as práticas sistêmicas persistentes que prejudicam as mulheres, colocando-as em risco ou impedindo sua livre decisão nos processos reprodutivos. Exalta a importância	O autor conclui que o Estatuto Argentino possui uma definição limitada para a VO já que não determina quais práticas constituem desumanas na assistência, na retrata o excesso de medicalização e a conversão de processos de reprodução natural em patológicos. Ressalta que o fenômeno da VO deve ser compreendido de forma abrangente e considerar todos os aspectos incluindo saúde pública, direitos humanos e ética. Pontua a necessidade de investigação das práticas inadequadas e desnecessárias na assistência obstétrica e acentua a importância da prática baseada em evidência. Finaliza afirmando a necessidade de um engajamento de todos para a garantia das melhorias na assistência materna tornando-a segura e de qualidade.

					da Prática Baseada em Evidência como um dos caminhos para se diminuir os procedimentos desnecessários e prejudiciais ao nascimento e garantia uma assistência segura e de qualidade. Ressalta que a VO é uma violação dos direitos humanos. Destaca o direito que a mulher possui de ser informada sobre diferentes possíveis intervenções médicas e o direito de escolher livremente entre possíveis alternativas de cuidado.	
21.	Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica	2016	Belén Castrillo	Discutir a definição de violência obstétrica (VO) em relação a certas relações e práticas na assistência médica à gravidez e ao parto.	O texto abordar a VO por meio de um modelo de análise sócio-antropológica e pela comparação entre definições objetivas (jurídicas, políticas, acadêmicas) e subjetivas produzidas pela sociedade civil. E discutido sobre a disputa da legitimidade de sua definição e que, neste processo, a nomeação objetiva e os significados subjetivos atribuídos a certas práticas obstétricas como violentas se entrelaçam. Para isto o autor propõe cinco pistas para elucidar o conceito: 1. As definições objetivas sobre VO; 2. Busca pelo poder e disputas sobre a legitimidade (O ato violento e sua definição como tal); 3 e 4. Razão e lógica da violência; e da violência como um recurso; 5. Violência Relacional. Os autores ressaltam um "Teste de VO" criado pela Associação Civil Dando a Luz e fazem a sua análise percorrendo os cinco pontos anteriormente citados.	O autor conclui que a definição de violência obstétrica torna-se um conglomerado de disputas, negociações, licitação para poder, simbólico e real atravessada por múltiplos fatores, incluindo o tipo, idade, sexo; e abre as portas muitos outros significantes sociais. Os autores enfatizam ser necessário definir como certas práticas médicas violentas diante das posições de poder que detêm para essa definição adquirir legitimidade. Ressaltam que a definição do VO é um processo que está aberto.
22.	Violência Obstétrica sob o olhar das usuárias	2016	Raissa Lins Vieira da Silva, Kerle Dayana Tavares de Lucena, Layza de Souza	Investigar o conhecimento das mulheres acerca da violência obstétrica.	Os dados das entrevistas realizadas com oito mulheres permitiram a construção de duas categorias analíticas: Violência Institucional e A invisibilidade da VO. Na primeira categoria foram apontadas as principais formas de VO sofridas pelas mulheres como a falta de manejo clínico da dor, a falta de assistência adequada, o descompromisso dos	Como considerações finais ressaltam a necessidade de se ampliar os debates acerca da violência obstétrica e a importância de se qualificar a assistência. Pontua que a falta de reconhecimento da mulher sobre o que é a VO gera a perpetuação dos atos violentos, pois elas aceitam passivamente o que lhes é imposto sem expressarem seus desejos,

			Chaves Deininger, Viña-Del-Mar da Silva Martins, Alisson Cleiton Cunha Monteiro, Rafaela de Melo Araújo Moura		profissionais de saúde. Na segunda categoria o tratamento desrespeitoso, a falta de humanização da assistência, ausência do acompanhante e a realização de procedimentos desnecessários na assistência ao parto.	questionamentos. Apontam a necessidade dos profissionais de saúde se engajarem na luta pela assistência humanizada ao parto e que as mulheres tenham autoridade para exigirem o que é melhor sob seus corpos.
23.	Violência obstétrica no processo de parturição em maternidades vinculadas à Rede Cegonha	2017	Francisca Alice Cunha Rodrigues, Samira Valentim Gama Lira, Poliana Hilário Magalhães, Ana Luiza e Vasconcelos Freitas, Verônica Maria da Silva Mitros, Paulo César Almeida	Analisar a violência institucional contra mulheres no processo de parturição em maternidades vinculadas a Rede Cegonha de Fortaleza/Cascavel.	Os principais resultados apontam que em relação as diferentes formas de VO 63,1% não tiveram a presença de profissional que proporcionou conforto físico e emocional, 37,2% não receberam esclarecimento sobre procedimentos, 67,9% sentiram medo, 28,3% receberam ordens para parar de gritar, 24,6% foram apelidadas. Em relação aos procedimentos referiram que 86,7% manobra de valsalva, 52,2% exame de toque por diferentes pessoas, 63,8% uso de soro e 34,5% de ocitocina.	Os autores apontam que alguns procedimentos caracterizados como VO estão arraigados no cotidiano obstétrico mesmo havendo evidências científicas que reconhecem como desnecessários durante a assistência. Apontam que além de danosos para a mulher podem gerar trauma, dano físico, constrangimento e gastos que poderiam ser evitados. Que há uma invisibilidade do fenômeno que não é percebido pela mulher que sofre a violência. Ressaltam a importância da Rede Cegonha na organização da assistência materno-infantil e que os profissionais sejam aptos para atuar vinculados a mulher reconhecendo suas necessidades e humanizando a assistência no cenário obstétrico.
24.	Percepção das mulheres sobre violência obstétrica	2017	Tayse Ribeiro de Oliveira, Roxanny Enolylara Oliveira Lira Costa, Nadiana Lima Monte,	Caracterizar a violência obstétrica vivenciada pelas mulheres durante o processo parturitivo.	Os dados encontrados do grupo focal realizado com 20 mulheres que receberam cuidados no processo parturitivo apontaram falas que consolidaram duas categorias empíricas: Negligência na assistência e Agressão verbal. O texto discute nos resultados a invisibilidade do fenômeno da VO para a mulher que não consegue reconhecê-lo e em alguns momentos acredita ser parte do	Como conclusão o estudo aponta a negligência na assistência, negativa de direitos como o de ter acompanhante em todo o processo parturitivo, negativa de informações esclarecedoras de diagnóstico, até as agressões verbais com as principais formas de VO encontradas no estudo. Ressalta a invisibilidade do fenômeno sendo necessária a abordagem deste assunto com as mulheres,

			Juscélia Maria de Moura Feitosa Veras, Maria Íris Mendes da Rocha Sá	processo assistencial de forma errônea. Os relatos apontam atendimentos negligenciados, com a execução de procedimentos ser o esclarecimento para a mulher de forma clara, respeito e compreensível. Além de situações constrangedoras como as situações de agressão verbal que por palavras os profissionais de saúde tentam ridicularizar, humilhar, manipular e/ou ameaçar a mulher sob seus cuidados.	bem como a mobilização de gestores, profissionais de saúde e comunidade na tentativa de modificar o cenário obstétrico, lutando por uma assistência humana, digna, segura que torne o parto um momento prazeroso a ser lembrado.
--	--	--	--	---	--

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados da pesquisa.

3.2 Da legalidade a ilegalidade: o arcabouço da legislação brasileira sobre a violência obstétrica

A escrita desse capítulo efervesceu das discussões oriundas sobre a legalidade da utilização do termo *Violência Obstétrica* para nomear as práticas consideradas violentas e existentes no cotidiano da atenção à saúde da mulher em nosso país.

Para redigir os próximos parágrafos, reunimos o arcabouço jurídico brasileiro em que a temática VO está envolvida trazendo uma leitura crítica sobre os Projetos de Lei, as Leis, as Notas Técnicas, as Resoluções existentes em nossa nação, com o objetivo de reunir evidências acerca dos conceitos e das recomendações utilizadas para caracterizar e atribuir existência ao fenômeno estudado nessa tese.

O disparo provocador dessas reflexões está no texto do Despacho emitido pelo MS, datado do dia 03 de maio de 2019, que refere-se ao posicionamento da entidade frente a utilização do termo VO no cotidiano da assistência pelas Instituições, profissionais, mulheres e sociedade civil (BRASIL, 2019b).

No despacho o MS inicia uma exposição sobre o conceito atribuído para o termo “violência” pela OMS referindo a uma interpretação própria que tal definição dada pela organização atribui “intencionalidade com a realização do ato, independentemente do resultado produzido.” (BRASIL, 2019b, p. 1).

A utilização do termo VO é pontuado pelo MS no artigo 4 como de “conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no *continuum* gestação-parto-puerpério.” (BRASIL, 2019b, p. 1). No contínuo de sua exposição o Ministério afirma que todas as recomendações para a assistência materna, por ele firmados, visam as melhores evidências científicas; a qualificação e a humanização do cuidado; os princípios éticos e o sustento nos ideais do SUS.

Reforça-se que “a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano” (BRASIL, 2019b, p. 1, art. 7). E finaliza por dizer no artigo 9 que “estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada” (BRASIL, 2019b, p. 1, art. 9).

O texto é finalizado com a memória das iniciativas propostas pelo MS no Programa de Humanização do Parto e Nascimento, da Política Nacional de

Humanização – Humaniza SUS e da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que em suas trajetórias históricas contribuíram com ações para a melhoria da atenção ao parto e nascimento e a redução de indicadores assistenciais alarmantes como a mortalidade materna e infantil.

Após a publicação do despacho, diferentes entidades construíram manifestos questionando o posicionamento do MS e uma ampla discussão nacional foi aberta com relação a tônica da VO em nosso território.

Anterior a toda a discussão posta frente ao despacho, cabe lembrar que o Conselho Federal de Medicina (CFM) do Distrito Federal, mediante ao Parecer nº 32 de 2018, já havia manifestado seu posicionamento frente a utilização do termo VO, atribuindo um caráter pejorativo influenciado por movimentos de ordem político-ideológicos que prejudicam a relação médico paciente e reduzem a participação dos profissionais nos atos que conferem a integridade física de gestantes, sugerindo a avaliação da abolição do termo (CFM, 2018). O parecer conclui que:

a expressão “violência obstétrica” se posiciona como uma agressão contra a especialidade médica de ginecologia e obstetria, contra o conhecimento científico e, por conseguinte, contra a mulher na sociedade, a qual necessita de segurança e qualidade de assistência médica (CFM, 2018, p. 12).

O posicionamento anterior foi endossado em uma Nota à Imprensa, publicada no dia 9 de maio de 2019, em que o CFM corrobora que o termo VO é inadequado, pejorativo, estigmatizado e favorece conflitos deletérios entre pacientes e os profissionais médicos. Que a terminologia agride a comunidade médica pela percepção equivocada dos seus atos por algumas comunidades e que “transfere de modo inconsequente sobre os médicos a responsabilidade por todas as mazelas da saúde (pública ou privada), como se fossem culpados pelos graves indicadores de mortalidade e de morbidade maternos e infantis” (CFM, 2019, p. 2). Por fim, o texto defende que o termo é inapropriado e deve ser abolida a sua utilização.

Para compreendermos melhor as respostas das diferentes entidades e o que existe de submerso nesse universo, discutiremos inicialmente dois documentos importantes o primeiro a Nota Técnica da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) nº 1, de 10 de maio 2019, e o segundo a Recomendação nº 29 do Ministério Público Federal (MPF) do estado de SP, de 07 de maio de 2019 (SP, 2019).

A Nota Técnica escrita pela entidade REHUNA principia denunciando que o despacho anterior “não é uma norma, uma portaria, uma resolução e nem mesmo uma recomendação. Em verdade, é um documento inócuo, pois não tem poder de coibir o uso da expressão ‘Violência Obstétrica’ nem mesmo no âmbito interno do MS” (REHUNA, 2019, p. 2).

Mediante ao achado, foi elaborado pela REHUNA um ofício encaminhado no dia 07 de maio ao ministro da saúde senhor Luiz Henrique Mandetta, apresentando algumas características atribuídas ao termo VO resultando da consulta de diferentes fontes bibliográficas de relevância científica mundial e dos documentos produzidos por entidades como a OMS, o Ministério Público Federal (MPF), o Supremo Tribunal Federal (STF) e o Superior Tribunal de Justiça (STJ) (REHUNA, 2019).

As características atribuídas no documento, para os atos de violência, incluem o próprio reconhecimento pelo STF e STJ da VO como sendo uma vertente dentro do contexto da violência contra a mulher. Também encontramos um estranhamento da REHUNA em relação ao posicionamento do MS visto “o valor simbólico que pode ter efeito inibidor sobre os profissionais que utilizam o termo; ademais demonstra um posicionamento com relação à produção de material de orientação e divulgação sobre essa temática” (REHUNA, 2019, p. 2).

Outro ponto forte do documento ressoa na afirmativa que o despacho atenderia aos interesses da corporação médica e não reconhece os esforços de anos de luta para a construção de políticas públicas de forma democrática e participativa, “atentando contra o princípio da impessoalidade ou imparcialidade, que deve orientar a gestão pública” (REHUNA, 2019, p. 3). O documento também reconhece os avanços conquistados pelos movimentos de mulheres contra os atos de violência e que a utilização do termo VO é uma conquista ao provocar a inquietação de profissionais e instituições habituados a invisibilizar o fenômeno e perpetuar sua ocorrência.

O parágrafo final da Nota Técnica reafirma que:

É inegável a existência de violência na atenção obstétrica e que o uso da expressão já foi incorporado pela sociedade civil e pelas instituições, conforme demonstrado no histórico acima. Se a expressão reflete a realidade dos serviços de assistência, que se mudem os serviços de assistência, e não que se busque abolir a expressão (REHUNA, 2019, p. 4).

Outro texto importante e contemporâneo remete ao MPF de SP, que no dia 07 de maio publica a Recomendação nº 29, de 2019, em face ao Inquérito Civil instaurado a partir das denúncias apresentadas por vítimas de VO, na ordem de violência física verbal e emocional durante a assistência ao parto por profissionais de saúde sejam na rede pública ou privada de atenção (SP, 2019).

No texto, as mulheres que denunciaram foram “ofendidas verbalmente, ridicularizadas, hostilizadas, negligenciadas e até mesmo criticadas em seus aspectos corporais durante o atendimento obstétrico, em manifesta agressão verbal e emocional” (SP, 2019, p. 2). São encontradas outras denúncias como: a falta de atendimento mediante a expressão de dor, a falta de métodos farmacológicos e não-farmacológico para alívio da dor, o uso irrestrito de ocitocina, a falta de amparo durante o processo parturitivo, a realização de episiotomia sem consentimento da mulher, exames de toques constates e dolorosos, a utilização da Manobra de Kristeller, dentre outras que são procedimentos, em muitas situações, desnecessários e iatrogênicos.

Após uma exposição sobre os pontos importantes contidos no despacho do MS, o MPF conclui primeiramente que a interpretação dada pelo MS para o termo violência está “flagrantemente distorcida e equivocada, pois, a OMS não exige, para a caracterização de violência, a intenção deliberada de causar dano por parte do profissional, mas somente o uso intencional da força ou poder no ato perpetrado” (SP, 2019, p. 4). A interpretação também desconsidera o que é denominado dolo eventual que segundo Nucci (2014):

é a vontade do agente dirigida a um resultado determinado, porém vislumbrando a possibilidade de ocorrência de um segundo resultado, não desejado, mas admitido, unido ao primeiro. Por isso, a lei utiliza o termo “assumir o risco de produzi-lo”. Nesse caso, de situação mais complexa, o agente não quer o segundo resultado diretamente, embora sinta que ele pode se materializar juntamente com aquilo que pretende, o que lhe é indiferente. (NUCCI, 2014, p.187).

O segundo ponto levantado na recomendação pelo MPF é que a interpretação do MS desconsidera que a OMS, como entidade mundial, reconhece a existência de maus tratos e violência no parto, como expresso em seu documento de 2014 (OMS, 2014). Tal atitude também desrespeita as recomendações para a mobilização social e enfrentamento do fenômeno como um importante problema de

saúde pública e de violação dos direitos de mulheres, recém-nascidos e famílias, independentemente da intencionalidade de causar dano.

Como posto no documento da OMS (2014), o MPF ressalta que tal posicionamento do MS desvaloriza que

todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e o parto, assim como o direito de estar livre da violência e discriminação. Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente. Em especial, as mulheres grávidas têm o direito de serem iguais em dignidade, de serem livres para procurar, receber e dar informações, de não sofrerem discriminações e de usufruírem do mais alto padrão de saúde física e mental, incluindo a saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2014, p. 1-2).

O documento do MPF ainda ressalta que, da análise das denúncias recebidas, foi constatado que as mulheres foram vítimas de procedimentos desaconselhados pelas melhores evidências científicas e que tais procedimentos causaram nelas e nos recém-nascidos sofrimento e lesões graves de ordem física e psíquica, bem como também foi constatado a atuação de forma deliberada, dolosa e consciente de profissionais médicos e enfermeiros.

Reforçam que negar a ocorrência de VO, “vinculando-a à prova de intenção do profissional em causar dano” (SP, 2019, p. 6) é enfraquecer as ações de enfrentamento e amparar os profissionais em suas defesas contra seus atos autoritários, agressivos, abusivos e desrespeitosos.

Assim, o MPF afirma que com essa exclusão conceitual desconsideramos milhares de mulheres violentadas, bem como, suas experiências traumáticas e dolorosas em seus aspectos físicos, emocionais e humanos.

A recomendação enfatiza que o termo VO está consolidado em diferentes documentos nacionais e internacionais, nas legislações nacionais em diferentes estados e não cabe ao MS

julgar a conveniência de quaisquer termos ou expressões utilizadas pela sociedade civil, ainda mais pregando a abolição do uso do termo violência obstétrica, pretendendo restringir a liberdade de manifestação, conhecimento e ações positivas da sociedade quanto às práticas efetivamente violentas e danosas que diariamente dão impostas as mulheres em atendimentos obstétricos e que ocorrem independente da intenção do profissional em causar dano (SP, 2019, p. 8).

Por fim, o MPF recomenda que o MS esclareça que o termo VO é expressão consagrada nos documentos científicos e legais sendo livre o uso da expressão, que se renuncie as ações no intuito de abolir a utilização do termo e concentre-se em ações para o seu enfrentamento, para que promova as ações conforme o recomendado no documento da OMS, de 2014, no âmbito nacional.

Imersos no turbilhão das argumentações sobre a VO e seus aspectos legais e/ou ditos como ilegais, levantou-se o desejo de expor, nesta tese, quais são os marcos existentes na legislação brasileira, em termos de leis e projetos de leis federais e estaduais que caracterizam os atos de violência em uma maneira de propor ações para a mudança e o enfrentamento dessa condição.

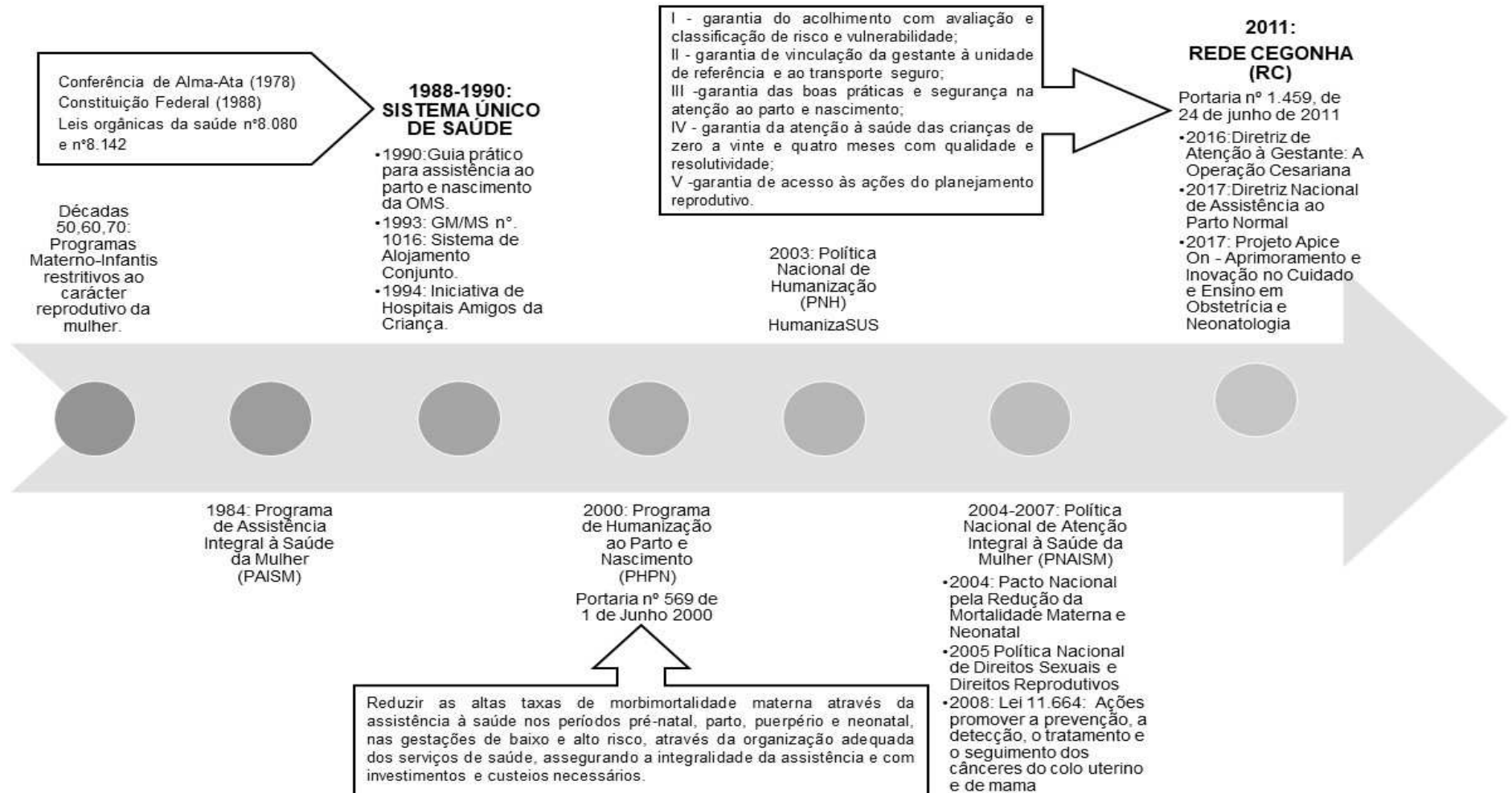
O histórico das políticas e leis que regulamentam a assistência as mulheres no ciclo gravídico e puerperal datam alguns marcos históricos importantes que congregam as forças de muitos movimentos em prol da mudança do modelo de atenção obstétrica nacional.

Esses marcos remetem a evolução das políticas públicas de atenção e a construção de um ideal assistencial composto pelo resgate do parto e o nascimento como eventos fisiológicos, esse se constitui um dos objetivos do movimento de humanização que também busca empoderar as mulheres em seus direitos, resgatar a subjetividade dos processos, retomando os poderes e saberes femininos que foram, ao longo dos anos, negados ou até mesmo esquecidos, construindo um modelo de atenção menos tecnocrata e centrado na mulher (ZANARDO *et al.*, 2017; SENA, TESSER, 2017; BRASIL, 2014).

Para favorecer a compreensão das Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e Recém-nascido em nosso país reunimos as principais existentes ao longo dos últimos anos em um esquema didático (Figura 2). Destacamos a historicidade de uma política inicialmente restritiva ao momento reprodutivo para a ampliação do direito inalienável da cidadania no sistema único de saúde público, descentralizado, universal, integral, equânime e dependente da participação social. Propondo-se uma assistência humanizada, integral e resolutiva.

Ressaltando questões como a assistência a mulher no climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; no enfrentamento das doenças crônico-degenerativas e infectocontagiosas; na inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas pelos serviços.

Figura 2 - Principais Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e Recém-Nascido no Brasil



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados da pesquisa.

Antes de apresentarmos as Leis que amparam as questões relativas à VO, precisamos compreender que qualquer conduta lesiva que viole os princípios Constitucionais, bem como, os tratados Internacionais ratificados pelo Brasil, sobretudo, ao Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, é indissociável quando se pensa em qualquer ato violento, especialmente a VO, tema em questão. Precisamos entender que o princípio em análise representa no Brasil mais que um direito fundamental, ele é fundamento da República e tema de destaque nacional e internacional.

Como marco inicial da defesa à dignidade, destacamos a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) adotada e declarada pela Resolução 217-A da Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, e inaugura o sistema global de proteção dos direitos humanos. Destacamos, em atenção a temática da VO, o que nos remete o preâmbulo da declaração “considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo” (UNITED NATIONS, 1948, p. 1). A DUDH é simplesmente o elemento central, como fundamento de todas as condutas esperadas pela comunidade internacional para todas as nações.

Foram criados o Pacto Internacional de Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional de Direitos Sociais, Econômicos e Culturais, ambos reconhecem o direito da dignidade humana e integram a Carta Internacional de Direitos Humanos. Nesse contexto, a Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, traz no Título I “Dos princípios fundamentais”, o artigo 1º, que nos apresenta os fundamentos da República, dentre os quais destacamos o inciso III, que traz o “Princípio da Dignidade da Pessoa Humana” verdadeiro alicerce de todo o ordenamento jurídico da nação (BRASIL, [2018]).

O respeito a esse princípio baseia-se em assegurar ao ser humano direitos que devem ser respeitados pela sociedade e pelo poder público, de forma a preservar a valorização do ser humano, é o *“suporte axiológico a todo o sistema jurídico brasileiro”* (PIOVESAN, 2000, p. 54) e mais

É no valor da dignidade da pessoa humana que a ordem jurídica encontra seu próprio sentido, sendo seu ponto de partida e seu ponto de chegada, na tarefa de interpretação normativa. Consagra-se, assim, dignidade da pessoa humana como verdadeiro super princípio a orientar o Direito Internacional e o Interno. (PIOVESAN, 2004, p. 92).

Compreendendo o respeito à dignidade humana, no contexto da assistência a mulher, como o compromisso de todos para a proteção dessa dignidade e dos atos que possam trazer malefício, prejuízo ou dano; que comprometam o seu bem-estar físico, psíquico, emocional e social, em todas as etapas do ciclo reprodutivo. Esses atos devem ser norteados pelos princípios da ética, da humanização e do cuidado respeitoso e centrado na mulher.

No Título II no capítulo 1 intitulado “Dos direitos e deveres individuais e coletivos”, em seu artigo 5º, encontramos que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, [2018]). Entendendo que diante da violação de qualquer um dos quesitos citados anteriormente torna-se dever do Estado assegurar estratégias para seu enfrentamento, para sua prevenção e a punição dos responsáveis.

Continuando a leitura, no capítulo 2 “Dos direitos sociais”, o seu artigo 6º determina que todos os brasileiros devem ter seus direitos sociais respeitados como remete o texto: “A educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, [2018]).

A Constituição Federal inclui a maternidade dentre os Direitos Sociais, de forma ampla garantindo à mulher o exercício de sua função biológica, promovendo a saúde materna em sua integralidade, sempre com o objetivo de assegurar o direito à vida e à dignidade, não só como uma garantia previdenciária (BRASIL, [2018]). Assim sendo, a proteção da maternidade pode ser compreendida no contexto das estratégias para coibir a ocorrência da VO em todas as suas instâncias e suas tipificações.

Esse direito é reafirmado no Título III, que trata dos princípios da organização do Estado em seu Capítulo II “Da União”, artigo 23º, que é de competência do comum da federação, estados e municípios, no inciso “II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, [2018]). Compreendendo assim, o direito da mulher de ser qualificadamente assistida e sua saúde preservada em todos os âmbitos durante seu ciclo gravídico e puerperal.

Sempre pautados pelo Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, passamos a uma análise da legislação infraconstitucional, seguindo uma ordem cronológica, em se tratando da tônica da violência, encontramos na Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003, o estabelecimento da notificação compulsória para os casos de violência contra a mulher que for atendida nos estabelecimentos de saúde (BRASIL, [2010]). No texto define-se violência contra a mulher

qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, inclusive decorrente de discriminação ou desigualdade étnica, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto no privado (Redação dada pela Lei nº 12.288, de 2010) (BRASIL, [2010], p. 1).

Além de afirmar que, se compreende a violência, como a ocorrida na comunidade perpetrada por qualquer pessoa bem como as instituições, sejam elas de cunho educacional, estabelecimento de saúde e outros. Assim, para os feitos legais a VO pode ser enquadrada como uma das formas de violência contra a mulher por lhe conferir dano sejam de ordem física, psíquica, sexual e emocional.

No que tange as leis que reafirmam o compromisso com as melhores evidências científicas para a assistência obstétrica, podemos pontuar a emblemática vitória adquirida com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. O documento assegura que “os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato” (BRASIL, 2005, p. 1), ressaltando ainda que a escolha de quem será seu acompanhante é de direito da mulher.

Outro marco legal importante e que afirma o compromisso de vinculação e conhecimento da gestante aos serviços de atenção obstétrica ligados ao SUS está no texto da Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. O documento assegura que toda a gestante ingressa no SUS têm o direito de conhecer e vincular-se previamente “I - maternidade na qual será realizado seu parto; II - maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência pré-natal” (BRASIL, 2007, p. 1). Também é redigido e reafirmado o compromisso do serviço de atenção de estar apto a prestar assistência à gestante nele vinculada, e nos casos de impossibilidade no atendimento realizar a transferência segura da usuária.

Na Lei nº 13.436, de 12 de Abril de 2017, os hospitais reafirmaram o compromisso com o Aleitamento Materno ao terem o compromisso de acompanhar e fornecer as orientações corretas sobre a amamentação enquanto a puérpera permanecer na unidade hospitalar (BRASIL, 2017). Este compromisso já estava firmado no Estatuto da Criança e Adolescente que determinava a importância da prática do Aleitamento Materno em todas as Instituições de Saúde incluindo maternidades e nos serviços de pediatria (BRASIL, 2019a).

Continuando a explorar as leis brasileiras encontramos no estado de SP a Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015, que garante o direito da gestante ao parto humanizado nos serviços públicos de atenção à saúde. Em seu documento são escritos como princípios norteadores para a humanização da assistência e garantia de seu bem-estar

II - a mínima interferência por parte do médico; III - a preferência pela utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais; IV - a oportunidade de escolha dos métodos natais por parte da parturiente, sempre que não implicar risco para sua segurança ou do nascituro; V - o fornecimento de informação à gestante ou parturiente, assim como ao pai sempre que possível, dos métodos e procedimentos eletivos (SP, 2015, p. 1).



O texto ainda enfatiza a importância do Plano Individual de Parto a ser construído pela mulher, partindo de uma avaliação do profissional dos fatores de risco que cercam a gravidez e a reavaliação por parte do serviço de saúde que a receber. No plano a gestante irá manifestar seu desejo relativo às questões como: a presença do acompanhante, métodos a serem utilizados para alívio da dor, rotinas e procedimento que desejam ser feitos. A lei afirma o direito da mulher de ser informada caso haja a impossibilidade de cumprir o plano de parto e o compromisso da equipe que oferece as orientações necessárias em todo o período (SP, 2015).

No documento evidenciamos no artigo 13º uma importante correlação com o enquadramento da VO nas instituições. O artigo da lei atribui a necessidade de justificativa por escrito por parte do profissional responsável pelo parto das ações adotadas que são consideradas desnecessárias, prejudiciais, susceptíveis de causar danos à saúde e que necessitam de maiores evidências científicas para sua utilização. Dentre as práticas são citadas: a utilização de enema, ocitocina, puxos dirigidos, amniotomia, episiotomia, todos de forma rotineira ou generalizada por parte da equipe assistencial (BRASIL, 2015).

Cabe ressaltar que no Brasil a utilização indiscriminada dessas práticas, supracitadas pelos profissionais, está entre as principais formas de VO vivenciadas pelas mulheres nas rotinas de assistência ao parto e nascimento e, pela primeira vez, uma lei trouxe uma possibilidade concreta para o seu enfrentamento nas instituições.

Para concluir a escrita deste capítulo discorreremos sobre as Leis de quatro estados brasileiros que especificamente delimitam e caracterizam o evento da VO nos serviços de atenção à saúde sendo: Minas Gerais (MG), com a Lei 23175, de 21 de dezembro de 2018; Santa Catarina, com a Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017; Pernambuco, com a Lei nº 16499, de 06 de dezembro de 2018 e Mato Grosso do Sul com a Lei nº 5217, de 26 de junho de 2018 (MATO GROSSO DO SUL, 2018; MINAS GERAIS, 2018; PERNAMBUCO, 2019; SANTA CATARINA, 2017). Para otimizar a leitura dos textos descritos nas leis construímos a Figura 3 que explicita os conceitos atribuídos a VO em cada documento.

Figura 3 - Conceito de VO compreendido nas leis Estaduais Brasileiras

 <p>Minas Gerais</p> <p>A prática de ações, no atendimento pré-natal, no parto, no puerpério e nas situações de abortamento, que restrinjam direitos garantidos por lei às gestantes, às parturientes e às mulheres em situação de abortamento e que violem a sua privacidade e a sua autonomia.</p>	 <p>Santa Catarina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhant e que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério. 	 <p>Pernambuco</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo ato praticado por profissionais de saúde, que implique em negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual contra mulheres gestantes, parturientes e puerperas. 	 <p>Mato Grosso do Sul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhant e que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.
--	--	---	--

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de (MATO GROSSO DO SUL, 2018; MINAS GERAIS, 2018; PERNAMBUCO, 2019; SANTA CATARINA, 2017).

Um aspecto relevante e que se encontra linear nos textos dos conceitos é a atribuição para a VO como uma prática de violência verbal, física, psíquica e sexual por profissionais da saúde que viole a privacidade, autonomia de mulheres no ciclo gravídico e puerperal. A lei no Mato Grosso do Sul (2018) também compreende que o ato pode ser efetuado também por um familiar ou acompanhante da mulher.

Outra contestação comum nos escritos das Leis é a tipificação atribuída nas leis aos atos de VO e que se encontram resumidos no Quadro 6 desse capítulo. No texto também encontramos semelhanças na definição dos atos com destaque para as ações que são consideradas violação dos corpos ao realizar procedimentos sem o consentimento e/ou conhecimento da mulher, agressões verbais e tratamento desrespeitoso, negar o direito a presença do acompanhante, não oferecer métodos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto, realizar procedimentos desnecessários, iatrogênicos e não baseados nas melhores evidências científicas disponíveis.

Realizamos além disso, um levantamento dos projetos de lei que tramitaram ou estão em tramitação no Congresso e em Assembleias Legislativas e que tratam da VO em seus textos. Apresentamos o Quadro 7 com os principais assuntos que são postos nos documentos e os contornos utilizados para delinear o evento enquanto atos praticados.

Ao analisar o arcabouço da legislação encontramos avanços importantes para clarificar o fenômeno da VO, para tratá-lo como um evento real e cotidiano em nossos serviços e que não ficará invisibilizado, institucionalizado e negligenciado nos cenários obstétricos no Brasil. Caminhamos num sentido a conferir maior dignidade e respeito, reprimindo quaisquer atos de violência à mulher em suas diversas modalidades existentes. A exclusão do termo VO amplamente discutido e pacificado pela melhor evidência, seria um contrassenso a todos os avanços obtidos nacional e internacionalmente.

Refletimos que a origem do desconforto trazido pela terminologia repousa no fato que as ações violentas praticadas pelos profissionais e outrora naturalizadas, agora são nomeadas e estratégias são discutidas para vencê-las. Trazendo à tona os verdadeiros males da nossa assistência que permanece classificada como desumana, desqualificada e geradora de traumas físicos, psíquicos e emocionais em mulheres, recém-nascidos e famílias.

A perspectiva central das discussões sobre a VO não se resume a um termo ou a depreciar uma especialidade profissional. Devemos nos concentrar no confronto das ações coletivas e individuais de uma cultura assistencial que insiste em desconsiderar o corpo feminino como algo de direito da mulher sendo sua violação inaceitável, cabendo a todos sermos guardiões do respeito a autonomia, as suas necessidades e ao protagonismo feminino em qualquer fase da sua trajetória de vida.

Quadro 6 – Leis Estaduais sobre a temática da VO e a tipificação do fenômeno

Lei Estadual	Tipificação do ato de VO
<p>Minas Gerais</p> <p>Lei 23.175, de 21 de Dezembro de 2018</p>	<p>I – utilizar termos depreciativos para se referir aos processos naturais do ciclo gravídico-puerperal;</p> <p>II – ignorar as demandas da mulher relacionadas ao cuidado e à manutenção de suas necessidades básicas, desde que tais demandas não coloquem em risco a saúde da mulher e da criança;</p> <p>III – recusar atendimento à mulher;</p> <p>IV – transferir a mulher para outra unidade de saúde sem que haja garantia de vaga e tempo hábil para chegar ao local;</p> <p>V – impedir a presença de acompanhante durante o pré-parto, o parto, o puerpério e as situações de abortamento;</p> <p>VI – impedir que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, impossibilitando-a de conversar e receber visitas quando suas condições clínicas permitirem;</p> <p>VII – deixar de aplicar, quando requerido pela parturiente e as condições clínicas permitirem, anestesia e medicamentos ou métodos não farmacológicos disponíveis na unidade para o alívio da dor;</p> <p>VIII – impedir o contato da criança com a mãe logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira hora de vida, salvo se a mulher ou a criança necessitar de cuidados especiais;</p> <p>IX – submeter a mulher a exames e procedimentos cujos propósitos sejam pesquisa científica, salvo quando autorizados por comitê de ética em pesquisa com seres humanos e pela própria mulher mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;</p> <p>X – manter algemada, durante o trabalho de parto e o parto, a mulher que cumpre pena privativa de liberdade, exceto em casos de resistência por parte da mulher ou de perigo a sua integridade física ou de terceiros e em caso de fundado receio de fuga.</p>
<p>Santa Catarina</p> <p>Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017</p>	<p>I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;</p> <p>II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;</p> <p>III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;</p> <p>IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;</p> <p>V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;</p> <p>VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;</p> <p>VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;</p>

	<p>VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;</p> <p>IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;</p> <p>X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;</p> <p>XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;</p> <p>XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;</p> <p>XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;</p> <p>XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;</p> <p>XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;</p> <p>XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;</p> <p>XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;</p> <p>XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;</p> <p>XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;</p> <p>XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.</p>
<p>Mato Grosso do Sul</p> <p>Lei nº 5.217 de 26 de Junho de 2018</p>	<p>I - tratar a gestante ou a parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;</p> <p>II - fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;</p> <p>III - fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;</p> <p>IV - não ouvir as queixas e as dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;</p> <p>V - tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;</p> <p>VI - fazer a gestante ou a parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando</p>

	<p>de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;</p> <p>VII - recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;</p> <p>VIII - promover a transferência da internação da gestante ou da parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;</p> <p>IX - impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;</p> <p>X - impedir a mulher de se comunicar com o "mundo exterior", tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;</p> <p>XI - submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;</p> <p>XII - deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;</p> <p>XIII - proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;</p> <p>XIV - manter algemadas as detentas em trabalho de parto;</p> <p>XV - fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;</p> <p>XVI - após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;</p> <p>XVII - submeter a mulher e/ou o bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;</p> <p>XVIII - submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou a procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;</p> <p>XIX - retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no alojamento conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;</p> <p>XX - não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS);</p> <p>XXI - tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.</p>
<p>Pernambuco Lei nº 16.499 de 06 de Dezembro de 2018</p>	<p>I - tratar a gestante, a parturiente ou a puérpera de forma agressiva, não empática, pejorativa, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma, que a faça se sentir mal;</p> <p>II - ironizar ou recriminar gestante, parturiente ou a puérpera, em razão de características ou atributos físicos, comportamentos, aspectos culturais, étnicos, socioeconômicos ou familiares;</p> <p>III - realizar qualquer procedimento sem pedir prévia permissão à gestante, à parturiente ou à puérpera, explicando, de forma clara, a real necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;</p>

- IV - não responder às queixas e às dúvidas da gestante, da parturiente ou da puérpera;
- V - valer-se de riscos imaginários ou hipotéticos não baseados em evidências científicas para induzir a gestante ou a parturiente a optar pela realização de parto cirúrgico, ou não explicitar os riscos que tal procedimento pode ocasionar para a gestante, a parturiente, a puérpera e a criança;
- VI - recusar atendimento de parto, em se tratando de profissionais de saúde;
- VII - transferir a gestante ou a parturiente para outra unidade de saúde sem a confirmação prévia da existência de vaga e garantia de atendimento, ou nas situações em que não haja tempo suficiente para que esta chegue ao local em segurança;
- VIII - impedir, dificultar ou restringir o direito da parturiente a 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto;
- IX - impedir, dificultar ou restringir a comunicação da gestante, da parturiente ou da puérpera com familiares ou acompanhantes, respeitados os critérios médicos e de segurança assistencial;
- X - privar a paciente de receber alimentos durante o trabalho de parto;
- XI - submeter a gestante ou a parturiente a procedimentos dolorosos ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos (tricotomia), posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional ou episiotomia, salvo quando estritamente necessários e realizados de acordo com as normas regulamentadoras;
- XII - impedir a paciente de ter liberdade de deambulação e da escolha da posição para o parto;
- XIII - recusar anestesia à parturiente, salvo se a recusa estiver de acordo com as normas regulamentadoras e as evidências científicas para o estado de saúde da paciente;
- XIV - realizar infusão rotineira de ocitócinos, com vistas a acelerar o trabalho de parto;
- XV - manter as detentas algemadas em trabalho de parto;
- XVI - subir ou jogar o peso do corpo sobre o abdome da paciente (manobra de Kristeller);
- XVII - retardar, injustificadamente, a acomodação da puérpera em seu leito;
- XVIII - desconsiderar as orientações contidas no plano de parto da paciente;
- XIX - submeter a gestante, a parturiente, a puérpera ou o recém-nascido a procedimentos com o fim exclusivo de treinar estudantes;
- XX - submeter o recém-nascido saudável a procedimentos de rotina antes de colocá-lo em contato pele a pele com a mãe e permitir o aleitamento na primeira hora de vida;
- XXI - impedir, dificultar, ou restringir o direito ao alojamento conjunto e à amamentação por livre demanda, salvo em situações clinicamente justificáveis;
- XXII - fazer, publicar ou reproduzir fotos, vídeos ou áudios da gestante, da parturiente, da puérpera ou do recém-nascido,

	<p>inclusive em redes sociais, em desacordo com as normas ético-legais e sem a autorização da paciente;</p> <p>XXIII - não informar a mulher e ao casal sobre o direito a métodos e técnicas anticonceptivas, reversíveis ou não;</p> <p>XXIV - obstar o livre acesso do outro genitor para acompanhar a puérpera e o recém-nascido; e,</p> <p>XXV - ser recusada na admissão ou recepção da maternidade só a qual foi vinculada, evitando, assim, peregrinação ao parto.</p>
--	---

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de (MATO GROSSO DO SUL, 2018; MINAS GERAIS, 2018; PERNAMBUCO, 2019; SANTA CATARINA, 2017).

Quadro 7 - Projetos de Lei sobre a temática e suas caracterizações

Projeto de Lei	Autoria	Conceito de VO e enquadramento dos atos	Punições
<p>Projeto de Lei nº 7633, de 2014</p> <p>“Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências”.</p>	<p>Deputado Jean Wyllys</p>	<p>Conceito: É a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres pelos(as) profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, que cause a perda da autonomia e capacidade das mulheres de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, impactando negativamente na qualidade de vida das mulheres.</p> <p>Para efeitos da presente Lei, considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo(a) profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.</p> <p>Atos: Art 15: I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz; II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade; III - ironizar ou censurar a mulher por comportamentos que externem sua dor física ou psicológica e suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros; IV – preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas; V - induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, mentindo sobre riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos</p>	<p>Os e as profissionais de saúde que praticarem atos de violência obstétrica ficam pessoalmente sujeitos à responsabilização civil e criminal decorrente de suas condutas.</p>

	<p>esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do concepto, inerentes ao procedimento cirúrgico;</p> <p>VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, sem estar baseada em evidências científicas, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);</p> <p>VII - agendar cirurgia cesariana sem indicação real e clínica de cirurgia eletiva, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, a fim de atender aos interesses e conveniência do(a) médico(a);</p> <p>VIII - recusar ou retardar o atendimento oportuno e eficaz à mulher em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal ou em abortamento, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à mulher nesses casos;</p> <p>IX - promover a transferência da internação da mulher sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;</p> <p>X - impedir que a mulher seja acompanhada por pessoa de sua preferência durante todo o pré-parto, parto e puerpério, ou impedir o trabalho de um(a) profissional contratado(a) pela mulher para auxiliar a equipe de assistência à saúde;</p> <p>XI - proibir ou dificultar que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhantes, e receber visitas em quaisquer horários e dias;</p> <p>XII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como:</p> <p>a) induzi-la a calar-se diante do desejo de externar suas emoções e reações;</p> <p>b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado;</p> <p>c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade;</p> <p>d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher;</p> <p>e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica;</p>	
--	---	--

	<p>f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia);</p> <p>g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto;</p> <p>h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto;</p> <p>i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto;</p> <p>j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo;</p> <p>k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva;</p> <p>l) praticar Manobra de Kristeller;</p> <p>m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;</p> <p>n) aceleração o terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.</p> <p>XIII – Realizar a episiotomia quando esta não for considerada clinicamente necessária, enfatizando-se, para efeitos desta Lei, que tal procedimento é vedado se realizado para aceleração do período expulsivo por conveniência do profissional que presta assistência ao parto, ou de proteção prévia do períneo para evitar lacerações, não sendo tais justificativas clínico-obstétricas aceitas;</p> <p>XIV – Realizar episiotomia, quando considerada clinicamente necessária, sem esclarecer a mulher sobre a necessidade do procedimento e receber seu consentimento verbal;</p> <p>XV – Realizar episiotomia sem analgesia e episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;</p> <p>XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, sem que ela assim queira se posicionar para parir e sem que tenha sido devidamente orientada sobre os benefícios da posição vertical;</p> <p>XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade;</p> <p>XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional utilize comunicação</p>	
--	--	--

		<p>simples e eficiente para esclarecê-la;</p> <p>XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido estímulo para mamar, inclusive em parto cirúrgico;</p> <p>XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;</p> <p>XXI – Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;</p> <p>XXII - Tratar o pai da criança ou o(a) acompanhante de escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite.</p>	
<p>Projeto de Lei nº 7.867, de 2017</p> <p>“Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez,</p>	<p>Deputada Jô Moraes</p>	<p>Conceito: Todo ato praticado por membro da equipe de saúde, do hospital ou por terceiros, em desacordo com as normas regulamentadoras ou que ofenda verbal ou fisicamente as mulheres gestantes, parturientes ou puérperas.</p> <p>Atos: I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal; II –ironizar ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas; III –ironizar ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico; IV – não responder a queixas e dúvidas da mulher gestante, parturiente ou puérpera; V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos; VI – induzir a gestante ou parturiente a optar pelo parto cirúrgico na ausência de indicação</p>	<p>O descumprimento dessa lei sujeitará os infratores às penas previstas na legislação da esfera sanitária, penal e civil.</p>

<p>parto, nascimento, abortamento e puerpério”.</p>		<p>baseada em evidências e sem o devido esclarecimento quanto a riscos para a mãe e a criança;</p> <p>VII – recusar atendimento ao parto;</p> <p>VIII – promover a transferência da gestante ou parturiente sem confirmação prévia da existência de vaga e garantia de atendimento ou de tempo suficiente para que esta chegue ao local em segurança;</p> <p>IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante o trabalho de parto, parto, abortamento e pós-parto;</p> <p>X – impedir a mulher de se comunicar pessoalmente ou por meio de telefone;</p> <p>XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes em desacordo com as normas regulamentadoras;</p> <p>XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente em desacordo com as normas regulamentadoras;</p> <p>XIII – realizar a episiotomia indiscriminadamente, em desacordo com as normas regulamentadoras;</p> <p>XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;</p> <p>XV – realizar qualquer procedimento sem pedir permissão ou esclarecer, de modo acessível, a sua necessidade;</p> <p>XVI – demorar injustificadamente para alojar a puérpera em seu leito;</p> <p>XVII – submeter a mulher e/ou recém-nascido a procedimentos com o fim exclusivo de treinar estudantes;</p> <p>XVIII – submeter o recém-nascido saudável a procedimentos de rotina antes de colocá-lo em contato pele a pele com a mãe e de permitir o aleitamento;</p> <p>XIX – impedir o alojamento conjunto e a amamentação por livre demanda, salvo em situações clinicamente justificadas;</p> <p>XX – não informar a mulher e o casal sobre o direito a métodos e técnicas anticonceptivos reversíveis ou não;</p> <p>XXI – obstar o livre acesso do outro genitor para acompanhar a puérpera e o recém-nascido.</p>	
---	--	--	--

<p>Projeto de Lei nº 8.219, de 2017</p>	<p>Deputado Francisco Floriano</p>	<p>Conceito: É a imposição de intervenções danosas à integridade física e psicológica das mulheres nas instituições e por profissionais em que são atendidas, bem como o desrespeito a sua autonomia.</p> <p>Atos: I - negar atendimento à mulher ou impor dificuldades ao atendimento em postos de saúde onde são realizados o acompanhamento pré-natal; II – proferir comentários constrangedores à mulher, por sua cor, raça, etnia, idade, escolaridade, religião ou crença, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, número de filhos, etc; III - ofender, humilhar, xingar, insultar ou debochar da mulher ou sua família; IV - negligenciar o atendimento de qualidade; V – impedir a presença de um acompanhante de sua escolha durante todo o período de duração do trabalho de parto, parto e pós parto; VI – submeter a cesariana sem indicação clínica e sem consentimento da mulher; VII - impedir ou retardar o contato do bebê com a mulher logo após o parto, impedir o alojamento conjunto mãe e bebê, levando o recém-nascido para berçários sem nenhuma necessidade médica, apenas por conveniência da instituição; VIII - impedir ou dificultar o aleitamento materno (impedindo amamentação na primeira hora de vida, afastando o recém-nascido de sua mãe, deixando-o em berçários onde são introduzidas mamadeiras e chupetas etc.). IX - Realizar procedimento cirúrgico sem o conhecimento e consentimento da mulher.</p>	<p>Pena - detenção, de seis meses a dois anos, e multa</p>
<p>"Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após".</p>		<p>Episiotomia é inadequado e violento, devendo ser praticado, exclusivamente, nos casos de sofrimento do bebê ou complicação no parto que coloque em risco a vida e a saúde da mãe e do bebê, devendo ser motivada no prontuário médico da mulher.</p>	<p>Pena - detenção, de um ano a dois anos, e multa</p>
<p>Projeto de Lei nº 1130, de 2017</p>	<p>Deputada Leci Brandão/ Estado</p>	<p>Conceito: Violência obstétrica todo ato ou conduta praticado por profissional ou agente de saúde, no âmbito público e privado, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher durante todo o ciclo gravídico puerperal.</p>	<p>Penalidade I - Quando comunicada II - Responsabilização</p>

<p>“Dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal e dá outras providências”.</p>	<p>de SP</p>	<p>Atos:</p> <p>I - tratar a mulher de forma agressiva, não empática, com a utilização de termos que ironizem os processos naturais do ciclo gravídico-puerperal e/ou que desvalorizem sua subjetividade, dando-lhe nomes infantilizados ou diminutivos, tratando-a como incapaz;</p> <p>II - fazer comentários constrangedores à mulher referentes a questões de cor, etnia, idade, escolaridade, religião, cultura, crenças, condição socioeconômica, estado civil ou situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero e paridade;</p> <p>III - ironizar ou censurar a mulher por suas expressões emocionais ou comportamentos que externalizem sua dor física e psicológica ou ainda suas necessidades humanas básicas, tais como gritar, chorar, amedrontar-se, sentir vergonha ou dúvidas; ou ainda por qualquer característica ou ato físico tais como: obesidade, pêlos, estrias, evacuação, dentre outros;</p> <p>IV – preterir ou ignorar queixas e solicitações feitas pela mulher atendida durante o ciclo gravídico-puerperal, referentes ao cuidado e à manutenção de suas necessidades humanas básicas;</p> <p>V - induzir a mulher a aceitar uma cirurgia cesariana sem que seja necessária, apresentando riscos imaginários, hipotéticos e não comprovados, e ocultando os devidos esclarecimentos quanto aos riscos à vida e à saúde da mulher e do bebê, inerentes ao procedimento cirúrgico;</p> <p>VI - realizar cirurgia cesariana sem recomendação real e clínica, por motivo não baseado em evidências científicas;</p> <p>VII - agendar cirurgia cesariana eletiva sem indicação real e clínica, mesmo nos casos em que tal procedimento cirúrgico se mostre necessário para o desfecho positivo do nascimento, porém impedindo o início fisiológico do trabalho de parto, caso este não seja o desejo da mulher;</p> <p>VIII – nos casos em que a mulher optar pela cirurgia cesariana como via de nascimento e de forma eletiva, deixar de requerer os exames clínicos necessários para aferição das condições fisiológicas e orgânicas da mulher que a autorizem submeter-se ao procedimento cirúrgico com segurança, tais como mas não se limitando a: pressão arterial, avaliação cardiológica e hemograma completo incluindo tipagem sanguínea, fator rh e nível de</p>	<p>administrativa, civil e criminal do profissional ou agente de saúde;</p> <p>III - Responsabilização administrativa, civil e criminal do gestor de saúde, diretor clínico ou responsável pelo estabelecimento onde o descumprimento ocorreu; e</p> <p>IV - Aplicação das p</p>
--	--------------	--	--

	<p>plaquetas;</p> <p>IX – recusar, impedir ou retardar o atendimento de saúde oportuno e eficaz à mulher, em qualquer fase do ciclo gravídico-puerperal, inclusive em abortamento, desconsiderando a necessidade de urgência da assistência à mulher nesses casos;</p> <p>X - promover a transferência da internação da mulher sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento no estabelecimento destino, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;</p> <p>XI - impedir que a mulher seja acompanhada por pessoa de sua preferência durante todo o pré-parto, parto e pós parto, ou impedir a presença ou o trabalho de um(a) profissional contratado(a) livremente pela mulher para prestar apoio físico e emocional contínuo a ela;</p> <p>XII - proibir ou dificultar que a mulher se comunique com pessoas externas ao serviço de saúde, privando-lhe da liberdade de telefonar ou receber telefonemas, caminhar, conversar com familiares, amigos e acompanhantes, e receber visitas em quaisquer horários e dias;</p> <p>XIII - submeter a mulher a procedimentos predominantemente invasivos, dolorosos, desnecessários ou humilhantes, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) induzi-la a calar-se ou a manter-se imóvel; b) manter a mulher em posição ginecológica ou litotômica, supina ou horizontal, quando houver meios para realização do parto verticalizado; c) atender a mulher com a porta aberta, interferindo em sua privacidade; d) realizar exames de toque cervical repetidos, ou agressivos e dolorosos, ou realizados por diversos profissionais, sem o prévio esclarecimento de sua necessidade e a prévia autorização da mulher; e) proceder à lavagem intestinal (enema ou clister), sem justificativa clínica; f) proceder à raspagem de pelos pubianos (tricotomia); g) romper, de forma precoce e/ou artificial as membranas ou a bolsa das águas (amniotomia) para acelerar o tempo do parto; h) utilizar ocitocina sintética para acelerar o tempo do parto; i) proceder à dilatação manual do colo uterino para acelerar o tempo do parto; j) manter a mulher em esforços físicos e cardiorrespiratórios com puxos prolongados e dirigidos durante o período expulsivo; 	
--	---	--

		<p>k) incentivar ou conduzir a mulher a realizar Manobra de Valsalva;</p> <p>l) praticar Manobra de Kristeller;</p> <p>m) acelerar os mecanismos de parto, mediante rotação e tração da cabeça ou da coluna cervical do concepto após a saída da cabeça fetal;</p> <p>n) aceleração do terceiro período do parto mediante tração ou remoção manual da placenta, impedindo o tempo fisiológico da dequitação/delivramento.</p> <p>XIV – Realizar a episiotomia ou episiorrafia quando esta não for prévia e inequivocamente autorizada pela mulher, condicionada a validade do consentimento a que ela receba previamente toda a informação a respeito do procedimento, seus riscos e consequências fisiológicas para ela, temporárias e permanentes;</p> <p>XV – Quando autorizado pela mulher, realizar episiotomia ou episiorrafia sem adequada ou suficiente analgesia;</p> <p>XVI - Amarrar as pernas da mulher durante o período expulsivo, mantendo-a em confinamento simbólico na posição horizontal, ginecológica ou litotômica, ou de qualquer forma impedir que ela se posicione livremente, inclusive verticalmente;</p> <p>XVII - Manter algemadas, durante o trabalho de parto, parto e puerpério, as mulheres que cumprem pena privativa de liberdade;</p> <p>XVIII - Realizar quaisquer outros procedimentos sem prévia orientação dada à mulher e sem a obtenção de sua permissão, sendo exigido que o profissional ou agente de saúde utilize comunicação simples e eficiente para esclarecê-la;</p> <p>XIX - Submeter a criança saudável à aspiração de rotina, higienização, injeções e outros procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocada em contato pele-a-pele com a mãe e recebido o devido estímulo para amamentação, inclusive em parto cirúrgico;</p> <p>XX – Impedir ou retardar o contato da criança com a mulher logo após o parto, ou impedir o alojamento conjunto, separando a criança de sua mãe e impossibilitando a amamentação em livre demanda na primeira meia hora de vida, salvo se um deles necessitar de cuidados especiais;</p> <p>XXI – Impedir a mulher de acompanhar presencial e continuamente o recém-nascido quando este necessitar de cuidados especiais no estabelecimento de saúde, sem limitações</p>	
--	--	--	--

		<p>de dias e horários, inclusive em unidade de terapia intensiva neonatal;</p> <p>XXII - Tratar o(a) acompanhante de livre escolha da mulher como visita, obstruindo ou dificultando seu livre acesso para acompanhar a mulher e a criança a qualquer hora do dia e da noite;</p> <p>XXIII – Deixar de cumprir ou impedir o cumprimento das Diretrizes Terapêuticas de Parto Normal e Cesariana, preconizadas pelo Ministério da Saúde, nos serviços de atenção à saúde localizados no Estado de SP, bem como dos direitos das mulheres previstos na Lei Estadual 15.759/2015.</p>	
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de (BRANDÃO, 2017; FLORIANO, 2019; MORAES, 2017; WYLLYS, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

A trajetória metodologia em um estudo revela o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem do fenômeno. Sendo assim, é o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e a criatividade do investigador (MINAYO, 2015).

O delineamento proposto para a tese apresentada é amparada no referencial metodológico do estudo de caso (YIN, 2015), com abordagem qualitativa, fundamentado nas noções propostas por Michel Maffesoli para a escrita da Sociologia Compreensiva do Quotidiano.

Segundo Minayo (2015), a pesquisa qualitativa responde às perguntas que não podem ser expressas em números, pois objetiva descrever os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes de cada indivíduo. A autora coloca que a opção pela pesquisa qualitativa se baseia, em parte, na possibilidade de compreender valores culturais, processos sociais e nas representações de determinado grupo sobre temas específicos, caracterizado pela empiria e pela sistematização progressiva do conhecimento.

O método qualitativo é que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2015, p. 57).

A pesquisa qualitativa não tem o compromisso pela busca de uma verdade absoluta, imutável, hegemônica imposta pelo pensamento positivista indo ao encontro dos pressupostos de Maffesoli. Essa abordagem possibilita a valorização do processo de vivência dos sujeitos e não apenas os resultados, buscando em profundidade compreender a realidade dos mesmos, de forma subjetiva e com valorização de todas as variáveis encontradas neste contexto (VICTÓRIA; KNAUTH; HASSEN, 2000; DENZIN, 2006; MINAYO, 2015).

Trata-se de uma abordagem que valoriza a “pluralidade de interpretações” do cotidiano e reconhecem “as subjetividades”, “os significados”, “as representações” como partes integrantes e formadoras da realidade social e possíveis de serem

exploradas pelos pesquisadores. Nessa concepção, nada pode ser descartado e o conhecimento produzido não é passível de generalizações, pois os diferentes atores sociais envolvidos na pesquisa descrevem uma verdade que lhe é própria, sendo permeada por seus valores e pela singularidade de sua existência no mundo (MINAYO, 2015; DENZIN, 2006; POPE; MAYS, 2009).

A escolha por se realizar um estudo de caso se deve ao fato de que esse tipo de estudo visa explorar situações da vida real em profundidade, cujos limites não estão precisos, preservando o caráter unitário do objeto em estudo. Segundo Yin (2015) o estudo de caso vem sendo utilizado de forma extensiva quando se trata de fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida.

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando os pesquisadores têm pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2015, p. 19).

Neste desenho de estudo, predomina-se o intuito de esclarecer questões ou temáticas sobre as relações complexas (como e por que elas acontecem), problemáticas e situadas ao caso definido com um contexto próprio e real (YIN, 2015).

A indicação para a realização de um estudo de caso segundo Alves-Mazzotti (2006), citando os pressupostos de Yin repousa sobre três aspectos: o primeiro, o caso analisado é crítico para testar uma hipótese ou teoria previamente construída; segundo, o fato do caso ser extremo ou único; e a terceira, o caso revelador, quando o pesquisador trabalha com um fenômeno que permaneceu inacessível a população científica, o que importa é que mantenham “as características holísticas dos eventos da vida real” (ALVES-MAZZOTTI, 2006, p. 649).

Refletindo os contornos que são próprios do estudo de caso qualitativo dedicamos a escrita de um capítulo da tese intitulado “Um olhar sobre o cotidiano: unidade caso” onde descrevermos as particularidades da Instituição sob a perspectiva do fenômeno da VO em seu cotidiano, revelando os dados que foram obtidos nos dias em que ocorreram a observação participante.

No capítulo delineamos as situações vivenciadas no cotidiano e buscamos refletir sobre suas características em cada um de seus cenários com cada sujeito envolvido tendo como pano de fundo as noções propostas pelo referencial

sociológico escolhido para sustentar as discussões. Tendo como alvo descrever o fenômeno como ele se manifesta na perspectiva de seus diferentes atores pautada na premissa que todas as verdades se constituem a partir do vivido como é manifesto em seu cotidiano (MAFFESOLI, 2010a).

Numa perspectiva sociológica, a do lado de dentro, que trabalha com as subjetividades do cotidiano, buscando a compreensão por meio dos sujeitos envolvidos, que são atores que experenciam e constroem as ideias, as representações e as valorizações de determinados fatos sociais (MAFFESOLI, 2010a) sem qualquer intenção de propor uma verdade absoluta, e sim, múltiplas possibilidades de compreensão do objeto de estudo em questão.

Assim, como é proposto por Maffesoli (2008a, p. 5), “a profundidade está na superfície das coisas” e, para entender o cotidiano, é necessário realizar uma profunda investigação e imersão no sentido das coisas. Ressalta também que porventura “antes de qualquer racionalização, existe uma vivência comum, que pode tomar formas diversas, mas que, nem por isso, exprimem o extraordinário querer viver que constitui a socialidade”, ou seja, o nosso viver diário, as práticas do cotidiano (MAFFESOLI, 2010a, p. 175).

4.2 Referencial Teórico-Sociológico

4.2.1 A Sociologia Compreensiva e do Cotidiano

A compreensão do cotidiano é um objeto incansável e inesgotável das pesquisas nas Ciências Sociais e Humanas e nas Ciências da Saúde. Encontrar autores que dialogam nas singularidades e particularidades do vivido é permitir interpretar seus diferentes significados em um pensamento que rompe os pressupostos de uma ciência enquadrada em modelos predefinidos e modelados pela razão.

Nesse contexto, o sociólogo Michel Maffesoli, autor escolhido para ser o referencial teórico-sociológico da tese, aventura-se na grandiosa missão de compreender o cotidiano e suas relações sociais, desprendido das amarras de uma ciência mediada apenas pelo pensamento racional para saltar nas singularidades e intimidades da existência humana.

O sociólogo nascido em Graissessac, França, tornou-se discípulo de Gilbert Durand e Julien Freund. Foi professor emérito de Sociologia da Universidade de Paris-Sorbonne Descartes e um dos fundadores do *Centre d'Études sur l'Actuel et le Quotidien* (CEAQ - Centro de Estudos sobre o Atual e o Quotidiano) e do *Centre de Recherche sur l'Imaginaire* (CRI) (Centro de Pesquisa sobre o Imaginário). Atua em pesquisas e diferentes áreas do conhecimento com contribuições significativas, peculiares, autênticas e instigantes (NÓBREGA *et al.*, 2012; NISTCHKE *et al.*, 2017).

Considerado um sociólogo da pós-modernidade, seus construtos auxiliam na compreensão do cotidiano real e vivido, propondo uma imersão na vida como ela se manifesta na procura de um pensamento libertário e movente. Como o próprio autor acentua, suas ideias lançam pequenas sementes que propõem um repensar a sociedade em um movimento de compreensão íntima da vida cotidiana, e alvitra uma noção em que o ser e o estar tornam-se elementos de um ser plural (MAFFESOLI, 2008a).

Para melhor compreensão do referencial utilizado na construção das reflexões proposta nesse trabalho, optamos pela escrita de um texto reflexivo sobre os cinco pressupostos formulados por Michel Maffesoli para a escrita da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano, um convite à razão sensível. Nos próximos parágrafos tentaremos aproximar dos leitores as noções mais relevantes e fundantes do pensamento maffesoliano na sua busca pela compreensão do cotidiano e de seus contornos plurais.

Antes das considerações sobre os pressupostos de Maffesoli, cabe pontuar algumas características de sua obra que permitem torná-la contemporânea e aplicável aos estudos que procuram entender os aspectos moventes da vida em sociedade. O sociólogo propõe uma tentativa de compreender o homem dito comum em suas relações cotidianas sem menosprezá-lo ou reduzi-lo a conceitos uniformes e universais (BARROS, 2008; MAFFESOLI, 2008a).

A noção de cotidiano expressa na obra do sociólogo vem falar sobre a maneira de viver, do saber-fazer, saber-dizer e saber-viver de cada pessoa e do coletivo que se revelam no dia a dia em um intenso aprendizado, reaprendizado e evolução do saber viver. Esse processo é permeado pelas crenças, valores, significados e pela própria cultura, que vão dando os contornos para o viver societal, buscando a harmonia necessária entre a razão e os sentidos, o imaginário e o

simbólico (NÓBREGA *et al.*, 2012; NISTCHKE *et al.*, 2017; NISTCHKE, 2007; MAFFESOLI, 2008b)

Nesse contexto, a redução científica separou o pesquisador da subjetividade das coisas na busca de um sentido sem que haja um sentido (MAFFESOLI, 2008b). Afirma-se que o movimento proposto pela pós-modernidade procura resgatar a criatividade, a sensibilidade, o lúdico, o festivo e o imaginário, buscando uma relação dialógica com as descobertas do mundo científico e do saber racional, no intuito de evoluirmos para uma razão sensível (NISTCHKE, 2007).

A Sociologia Compreensiva propõe que, mesmo sem um sentido, uma finalidade em si, as coisas possuem um significado em si. Esse saber profundo em sintonia com a vida e o cotidiano, com as pequenas experiências existenciais cercadas de significados vitais, é justamente o que constitui o cimento sustentante da sociologia maffesoliana (BARROS, 2008).

4.2.2 A caminho da compreensão: pressupostos teóricos e da sensibilidade

Para Maffesoli, compreender significa abordar o mundo em sua totalidade; e permitir estar com os outros é uma forma de vibração com os elementos que compõem o cotidiano (MAFFESOLI, 2003a). Assim, para a compreensão da vida e de seu cotidiano, o autor elabora cinco pressupostos, que são: primeiro, crítica ao dualismo esquemático; segundo, “formismo”; terceiro, aquisição de uma sensibilidade relativista; quarto, constituição de uma pesquisa estilística; e quinto, a necessidade de um pensamento libertário (MAFFESOLI, 2010a).

Na crítica ao dualismo esquemático, o sociólogo conceitua a importância de recorrer à razão e à imaginação de maneiras complementares para compreender os diversos fenômenos da vida cotidiana (NISTCHKE *et al.*, 2017). Torna-se necessário existir uma dosagem sutil entre razão e imaginação para a compreensão de qualquer fenômeno existencial. Há uma crítica a uma sociologia positivista que tenta explicar tudo com uma perspectiva macroscópica dos eventos, sem considerar o sentido e a finalidade de cada elemento (MAFFESOLI, 2010a).

Por outro lado, há uma valorização de uma sociologia compreensiva que busca descrever “o vivido naquilo que é/está, contentando-se, assim, em discernir visadas de distintos atores envolvidos” (MAFFESOLI, 2010a, p. 30). Firma-se a

proposta de uma sociologia do lado de dentro, na qual o pesquisador é parte do universo pesquisado, e não um sujeito à margem desse contexto.

Destarte, “de um lado, dá-se a ênfase à construção, à crítica, ao mecanismo e à razão; de outro, é costume insistir na natureza, no sentimento, no orgânico e na imaginação” (MAFFESOLI, 2010a, p. 27). Será “necessário insistir nesta partição, porquanto poderá ela permitir, se não a cessação de todo conflito, pelo menos uma justa apreciação dos resultados obtidos pelas diferentes investigações que faz supor” (MAFFESOLI, 2010a, p. 28).

O segundo pressuposto critica a forma propondo a noção de formismo. Segundo o autor, a forma é uma tentativa engessada de explicar o cotidiano que não permite a manifestação de seus diferentes significados e subjetividades. Esse conceito expõe a atitude de alguns pesquisadores que se propõem a construir teorias analíticas aos fenômenos sociais que constroem, reduzem a uma forma que não aceita as variações e as novas construções quotidianas, e veementemente negam ser confortada pelo vivido diariamente. Deve-se “saber integrar o quantum necessário de racionalismo para obter um equilíbrio apto a perceber o lógico e o ‘não lógico’ que modelam o dado social” (MAFFESOLI, 2010a, p. 31).

A ideia de formismo proposta por Maffesoli possibilita “descrever de dentro, os contornos, os limites e a necessidade das situações e das representações constitutivas da vida quotidiana” (MAFFESOLI, 2010a, p. 31). Assim, os contornos da vida passam a ser compreendidos com um olhar direcionado para suas características essenciais e existenciais, permeados por minúcias significativas de pequenos nada para, desse ponto, assimilar suas perfeições e imperfeições estruturantes. O formismo não propõe uma versão estática do mundo, mas sim revela os contornos da vida sem a pretensão de deformar ou impor nada (MAFFESOLI, 2008b).

Para Maffesoli, é preciso ter coragem intelectual para vencer o paradigma de conceituar tudo para evoluirmos até a humildade da noção, isto é, “olhar longe para trás para olhar longe para frente” (MAFFESOLI, 2008a, p. 7). Na concepção de formismo, tudo é possível: “tudo o que diz respeito à vida de todos os dias, moldada por repetições ou remissões, latentes ou manifestas, aos arquétipos e estereótipos” (MAFFESOLI, 2010a, p. 35).

Nóbrega e colaboradores (2012) expressam que o formismo propõe remexer em teorias que, a priori, estavam estruturadas e finalizadas, ressaltando que as

inquietações provocadas pelos fenômenos são mais importantes do que a busca pelas possíveis respostas ou verdades absolutas. Compreendamos, segundo o sociólogo, que a forma se refere à maneira como algo se apresenta no presente, e não o que é em sua totalidade (MAFFESOLI, 2008b, MAFFESOLI, 2010a).

No pensamento formista, o trabalho intelectual ocupa um segundo plano em relação ao que realmente é (em um processo de interação recíproca com os fatos, não apenas somando, mas também multiplicando ideias). Nesse sentido, a individualização abre espaço para retorno do ideal coletivo, comunitário do fazer societal (MAFFESOLI, 2008b).

O terceiro pressuposto é denominado de aquisição de uma sensibilidade relativista, coroando a valorização proposta pelo autor das múltiplas maneiras do viver social ao afirmar que não existe uma verdade única e absoluta, mas sim maneiras diferentes de conhecer e compreender uma mesma realidade (NÓBREGA *et al.*, 2012; MAFFESOLI, 2010a). Nesse pressuposto, há uma exaltação da heterogeneidade e do plural, além de um debate sugerindo o fim dos grandes sistemas explicativos que nossos tempos insistem em propor.

Ressalta que a verdade assim como ela é conhecida “é sempre momentânea, factual” (MAFFESOLI, 2010a, p. 40) e que a busca pela perfeição gera a morte do imaginário que constitui a socialidade. O autor defende que a vida é cíclica, fazendo com que, de tempos em tempos, retomemos os mesmos valores outrora defendidos, porém com maior ou menor acentuação para uma determinada abordagem.

A vida cotidiana é composta de imperfeições e lacunas, sendo cada dimensão passível de olhares sob múltiplos ângulos. A sensibilidade relativista busca a construção de saber intuitivo, “atento às coisas simples e pequenas” (MAFFESOLI, 2010a, p. 40), valorizando as experiências humanas e compreendendo suas complexidades sem a pretensão de construir verdades permanentes. Assim, a sociologia não dita as regras de como “deve ser” a sociedade, mas sim reconhece humildemente que o conhecimento possui diferentes nuances e que o saber pode admitir “que não sabe” na construção legítima das verdades imperfeitas (MAFFESOLI, 2010a).

De tal modo, apresentado por Maffesoli, “fica evidente que tal pluralização e o relativismo a que ela induz estão longe de obter pleno reconhecimento e aceitação. Numerosos universitários e pesquisadores têm preferido certezas consolidadas ou quantificações tranquilizadoras” (MAFFESOLI, 2010a, p. 37). Em nossos dias, cabe

a tolerância, o respeito aos limites e o cuidado intelectual para falar de algum lugar na construção do conhecimento como estratégia de reacentuar as formas com uma nova proposta de pensar em equilíbrio e harmonia nas sociedades atuais (BARROS, 2008).

Mediante a sensibilidade relativista e permeado pela possibilidade de reescrita sociológica, Maffesoli propõe seu quarto pressuposto: constituição de uma pesquisa estilística. O autor ressalta a importância de se garantir harmonia e uma retroalimentação entre a forma e a empatia, sem perder a competência científica (NÓBREGA *et al.*, 2012; NISTCHKE *et al.*, 2017). Aos pesquisadores que se propõem a agir com audácia, a escrita da pesquisa estilística abre a possibilidade de uma redação mais livre, que possa alcançar diferentes protagonistas sociais e compartilhar os tesouros do conhecimento sem perder o carácter científico.

Para Maffesoli, a escrita estilística se propõe a traduzir as sutilezas e singularidades da vida sem a *secura* e a arrogância das evidências científicas em um movimento de aproximação dos saberes àqueles que o constroem quotidianamente, sem a pretensão de tudo dizer (MAFFESOLI, 2010a). Nesse movimento de escrita do cotidiano, tudo possui um valor em si com seus sons, cores, gestos, situações, encenações; logo, precisamos reconhecer sua intensidade, amplitude e variações na vida social.

O autor destaca que os modos de dizer da ciência na busca por um único valor afastam as pessoas da polissemia real da vida, dos significados e contradições existentes, induzindo-as a um racionalismo concreto e forçadamente verdadeiro (BARROS, 2008; MAFFESOLI, 2010a).

Para Maffesoli, as palavras fazem parte da nossa instrumentação por meio de articulações e habilidades para saber dizer. Porém, é necessário empenho para que “nossas pesquisas, livros e palestras venham interessar, sem qualquer perda de rigor científico a diversos protagonistas sociais” (MAFFESOLI, 2010a, p. 42).

Igualmente, imbricados por esse pensamento, chegamos ao quinto pressuposto: a necessidade de um pensamento libertário, onde o pesquisador precisa ter um olhar livre de qualquer contaminação dos saberes preestabelecidos e dos objetos científicos predeterminados, para renascer ingênuo a cada dia. A sua obra será permeada pela banalidade, pela generosidade, pela proximidade e pela correspondência, o que coloca o pesquisador como sujeito participante do todo

social, capaz de abstrair com sensibilidade o vivido e desenhar seus contornos (MAFFESOLI, 2003a; MAFFESOLI, 2010a).

O pensamento libertário permite ao investigador dos fenômenos ser parte integrante e interessada, que durante sua escrita coloca-se no texto e torna-se parte dele como um espírito livre, aventureiro, possibilitando um outro olhar para o dado social. Nesse sentido, o sociólogo ressalta que, mesmo com todo o movimento intelectual que tentou estabelecer um modo de pensar e viver social na pós-modernidade, impera o vivido com seus elementos participativos e de partilha com a audácia do querer viver, estar com o outro, interagir societal (MAFFESOLI, 2003a).

4.2.3 À luz dos pressupostos maffesolianos

Após o término das reflexões sobre os pressupostos defendidos por Maffesoli, torna-se importante discutir alguns aspectos da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano que emergiram das noções supracitadas. Ao contrário do que muitos autores pensam, o sociólogo não é avesso à razão proposta pelo positivismo, o que critica duramente é a racionalidade que busca mensurar os fatos sociais propondo situações irreais onde o perfeito se faz presente, a verdade absoluta é concreta e a vida pode ser enquadrada e quadriculada em modelos explicáveis.

As noções propostas pelo autor retratam uma reflexão sobre a prática iluminista que desconfigura a trama do cotidiano em suas inúmeras riquezas para tentar compor sistemas duros de explicações que assentam seus pensamentos em um único valor, racionalmente possível e universalmente perfeito. Para Maffesoli, “a unidimensionalidade do pensamento não serve para compreender a polidimensionalidade do vivido” (MAFFESOLI, 2010a, p. 219).

Assim, a razão objetiva não consegue abstrair as peculiaridades da vida cotidiana e, também, não é capaz de compreender a plenitude com que os fenômenos sociais se concretizam. Os fenômenos cotidianos não conseguem ser reduzidos a uma lógica proposta onde tudo é explicável, tudo é compreensível, tudo é apreendido. Não se consegue preestabelecer moldes a serem seguidos, ou seja, uma estrutura predeterminada da qual não se escapa nada, nenhum evento. Até mesmo a verdade passa ser relativizada no momento em que deixamos de possuí-la para habitar no interior de nossas verdades (MAFFESOLI, 2008b, MAFFESOLI, 2010a).

Para Maffesoli, a vida quotidiana não se pode reduzir nem se enquadrar. Existe um “vitalismo que transpira por todos os poros da pele social, e não podemos reduzi-lo à unidade da Razão” (MAFFESOLI, 2008b, p. 29). O quotidiano pulsa com todo o vigor que o faz existir; e os pesquisadores que se propõem compreendê-lo necessitam valorizar todas as experiências da vida quotidiana com uma profunda sensibilidade para poder dar conta da vida de todos os dias, do mundo como ele é, e não como deveria ser (BARROS, 2008; CANDIA, 2010). “Nada é uniforme, linear, explicável por um conjunto unívoco; ao contrário, encontramos abundância, redundância e repetição” (MAFFESOLI, 2010a, p. 177).

O racionalismo em suas tentativas de desenhar uma suposta verdade é incapaz de apreender o que é simbólico, sensível, valoroso na vida de todos os dias, nem ao menos entender como se dão as relações e as experiências quotidianas. A noção de unidade repercute na globalização contemporânea que reduz os pensamentos e o mundo a uma unidade e destrói a multiplicidade de saberes (MAFFESOLI, 2008a).

O racionalismo dominante tende a desconsiderar o conhecimento empírico do quotidiano constituído a partir de suas experiências. Contudo, o pensamento sociológico vem trazer a noção de que todos os eventos da vida são importantes no entendimento da existência social em sua profundidade e totalidade. Nesse paradoxo entre razão e sensível, o autor enfatiza que todo conhecimento produzido é movente, nada está acabado, tudo é possível de ser superado, e a verdade é efêmera (BARROS, 2008; MAFFESOLI, 2010a). Portanto, “as ciências sociais não podem, efetivamente, fechar-se numa frigidez mortífera. É que estão sempre auscultando um social, a um só tempo, ‘dado’ (a isso voltaremos e é algo que está vivo)” (MAFFESOLI, 2010a, p. 124).

Segundo o sociólogo, “a fonte do singular e do quotidiano tem como especificidade o aspecto experimental. Considera que a experiência é antes de tudo coletiva” (MAFFESOLI, 2012, p.15). “O conhecimento íntimo, intuitivo, do mundo vivido com os outros é um feito de todos os membros da comunidade” (MAFFESOLI, 2012, p.18). É estar no seio da tribo no qual me reconheço. “O coração que bate da quotidianidade é o copertencimento” (MAFFESOLI, 2012, p.19).

Além disso, o pensamento racional não reconhece que a vida é composta pela pluralidade, pela multiplicidade de situações que se encontram, entrecruzam no quotidiano e que permitem o seu pulsar. Desses encontros e da heterogeneidade

produzida por eles, todos os aspectos da vida social aparecem em sua complexidade e profundidade no vivido, sendo que a razão concreta busca reduzir e exaurir. No entanto, “há neste pluralismo uma generosidade que faz eco à ampla respiração social, que sempre logra inutilizar espartilhos intelectuais e/ou políticos com os quais volta e meia se tenta vesti-la” (MAFFESOLI, 2010a, p. 67).

Um aspecto essencial do conceito de pluralidade proposto pelo autor emerge da diversidade de corpos e contextos que compõem a trama social, valorizando os “pequenos nada” do dia a dia e permitindo apresentar várias possibilidades de ocorrência de um fenômeno que constituem a vida como ela é. Reitera que os “pequenos nada” são “tal como fios que se entrelaçam para a confecção do tecido, estão no cerne da trama societal e, portanto, são difíceis de apreender e analisar” (MAFFESOLI, 2010a, p. 71).

Desse contexto, surge a proposta de uma razão sensível permeada pelo afeto, o emocional e a paixão na tentativa de construir as reflexões necessárias para nos aproximarmos do cotidiano real e vivido, promovendo assim um alargamento da consciência (NÓBREGA *et al.*, 2012; CANDA, 2010). Em outras palavras, a valorização de metáforas e analogias para uma melhor compreensão das condições moventes da vida e suas características, dando contornos aprofundados às minúcias que perpassam pelos modos de ser, viver, comportar, interpretar o cotidiano existencial (NISTCHKE *et al.*, 2017).

Ele defende que, para desenvolver a razão sensível, fazem-se necessários elementos como generosidade de espírito, proximidade, correspondência com o outro e compreender que fazemos parte de tudo que invade a vida social em suas sutilezas e descontinuidades (MAFFESOLI, 2010a). Nesse sentido, para o autor, a razão sensível propõe um interacionismo simbólico onde nascemos reconhecendo o outro, e o eu, só existe, através e sob o olhar do outro (MAFFESOLI, 2008a; BARROS, 2008).

O pesquisador é parte integrante e interessada do fenômeno a interpretar, como ele ocorre, e têm o compromisso de produzir saberes sensíveis que expressem o significado dos fenômenos sociais e a exuberância da vida social para todos que a vivenciam. Nesse contexto, o experimento e a experiência passam a ser valorizados como elementos de construção do conhecimento, e a intuição torna-se parte estruturante do saber cotidiano (MAFFESOLI, 2010a).

A razão sensível integra o seu contrário, valorizando a multiplicidade do intelecto e do cotidiano na compreensão dos fenômenos sociais. Nós estamos e somos no mundo, é isso a compreensão. A proposição de um pensamento sensível e libertário revela-se um estar junto que ultrapassa as barreiras do instituído, da solidariedade mecânica para estabelecer a sensibilidade necessária para abstrair do cotidiano seus símbolos, significados, imagens e imaginário que dão os contornos necessários ao viver (BARROS, 2008; MAFFESOLI, 2010a).

Para o sociólogo, a profundidade pode estar na superfície das coisas. A razão sensível considera os elementos simples do cotidiano, afirmando que eles sedimentam o estar-junto e o viver-junto no sentido fantástico e trágico da teatralidade desse cotidiano, resgatando assim a importância de se compreender o vivido com um olhar ampliado sobre o mundo (NISTCHKE *et al.*, 2017). Foi dito: “meu aporte é encontrar a terra fértil na vida cotidiana” (MAFFESOLI, 2008a, p. 9).

Destarte, para o sociólogo Maffesoli, é necessário “estar à altura do cotidiano [...] não é mais o contrato racional que está na base do viver junto, mas o pacto emocional que tem suas razões, porém razões que a própria razão desconhece” (MAFFESOLI, 2012, p. 23).

4.2.4 Algumas considerações sobre a Sociologia Compreensiva e do Quotidiano

As considerações dissertadas acerca dos pressupostos idealizados por Michel Maffesoli podem assim ser sintetizadas: a razão e a imaginação possuem um componente dialógico e não contraditório em uma crítica ao pensamento que tenta explicar ou reduzir tudo, apontando para a necessidade de uma dose sutil de cada elemento para a noção do real; a crítica à forma que engessa o cotidiano e impede a manifestação de seus significados e singularidades permite evolução para a noção de formismo na tentativa de descrever os contornos da vida pelo lado de dentro, composto por seus “pequenos nada”.

Assim, caminhamos para uma sensibilidade relativista sustentada na premissa que não há uma verdade absoluta, mas sim várias maneiras de conhecer e compreender uma mesma realidade, com valorização profunda das experiências cotidianas. Neste caminho, a pesquisa estilista vem traduzir as sutilezas e aproximar dos saberes que compõem os sons, os gestos e as cores da vida societal,

em um pensamento libertário descontaminado das concepções existentes, livre e aventureiro para abstrair o vivido.

As reflexões sobre a obra do referido sociólogo podem suscitar novos textos e pesquisas que apontem as inúmeras possibilidades de aplicação de seus construtos, seja para a elaboração do pensamento libertador ou para a construção de noções que nos auxiliem no entendimento do vivido.

Por conseguinte, a vida e seu componente volátil e imensurável das relações fazem da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano uma ciência inesgotável que, para sempre, será contemporânea, singular, sensível e real.

4.3 Processo de coleta dos dados

A Instituição onde ocorreu a pesquisa trata-se do Hospital Sofia Feldman (HSF) pertencente a Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS), uma instituição filantrópica de direito privado, que atende uma população exclusivamente de usuários do SUS, de aproximadamente 500.000 pessoas, dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste do município de BH.

Os princípios institucionais do HSF envolvem o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, nos mais diversos níveis assistenciais, de forma universal e visando contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde destes grupos (LOPES *et al.*, 2010). No capítulo 5 da tese dedicamos a escrita da trajetória histórica da Instituição descrevendo os percursos percorridos para a construção da filosofia, visão e missão, além de contextualizar os desafios enfrentados para a sobrevivência, resistência e permanência das ações de saúde desenvolvidas pelo hospital.

A escolha pela Instituição para o desenvolvimento da pesquisa está atrelada a algumas características dentre elas: a existência dos Programas de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (PRMGO) e o PREO tendo a experiência acumulada em processos formativos desses especialistas; o reconhecimento ministerial do HSF como Hospital de Ensino em 2014; a historicidade das inúmeras contribuições da Instituição para a mudança do modelo de atenção obstétrica no Brasil, e a possibilidade de discutir VO em um cenário que preza pelas melhores práticas assistências disponíveis pelas evidências científicas.

Os participantes do estudo foram os residentes pertencentes ao PRMGO e o PREO da referida Instituição que estavam cursando o segundo ano da especialização. Ao todo finalizamos com 21 participantes inclusos na pesquisa sendo 18 residentes do PREO (dos 23 possíveis participantes) e 3 residentes do PRMGO (dos 5 possíveis participantes).

Quadro 8: Participantes do estudo

Participante (P)	Etapa da Coleta		Categoria profissional	Sexo
	GF	Entrevista		
P1	Sim	Sim	Enfermagem	Fem
P2	Sim	Sim	Enfermagem	Fem
P3	Sim	Não	Enfermagem	Fem
P4	Sim	Não	Enfermagem	Fem
P5	Sim	Não	Enfermagem	Fem
P6	Sim	Sim	Enfermagem	Fem
P7	Sim	Sim	Enfermagem	Fem
P8	Sim	Não	Enfermagem	Fem
P9	Sim	Sim	Enfermagem	Fem
P10	Sim	Sim	Enfermagem	Fem
P11	Sim	Não	Enfermagem	Fem
P12	Sim	Não	Medicina	Masc
P13	Sim	Não	Medicina	Fem
P14	Sim	Não	Enfermagem	Fem
P15	Sim	Sim	Enfermagem	Masc
P16	Sim	Sim	Enfermagem	Fem
P17	Sim	Sim	Enfermagem	Fem
P18	Sim	Sim	Medicina	Fem
P19	Não	Sim	Enfermagem	Fem
P20	Não	Sim	Enfermagem	Fem
P21	Não	Sim	Enfermagem	Fem

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados da pesquisa

As informações da pesquisa foram coletadas utilizando três recursos diferenciados sendo as técnicas da observação participante, do grupo focal (GF) e da entrevista em profundidade com o recurso do roteiro semiestruturado. A escolha por três fontes de evidências para a coleta de dados remete ao objetivo de se assegurar uma interpretação minuciosa do fenômeno estudado (YIN, 2015). Conhecida também como triangulação, a associação de vários métodos segundo Denzin, Lincoln (2006) permite a validação das informações e acrescenta rigor, amplitude e profundidade a investigação.

A princípio não houve a intenção de pré-determinar um número de GF e entrevistas a serem realizadas. Seguimos assim, os critérios estabelecidos para as pesquisas de natureza qualitativa que segundo Minayo (2017) o desenho de estudo não possui uma amostra determinada *a priori*, mas deve-se obter uma diversidade de informações para alcançar o aprofundamento e a abrangência de dados necessários para a compreensão do fenômeno. Nesse sentido,

uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo (MINAYO, 2017, p. 10).

De tal modo, o critério utilizado para sustentar a interrupção das técnicas de coleta de dados elegidas, neste estudo, compreende-se na saturação, que sob as perspectivas de Fusch e Ness (2015) integra três características fundamentais e complementares para o alcance da verdadeira saturação de dados, sendo elas: a primeira, quando o pesquisador possui muitas informações para replicação do estudo, a segunda, quando se alcançou a capacidade para obter novas informações, e a terceira, quando novas codificações não são mais viáveis.

Fusch e Nesse (2015) refletem duas características importantes dos dados de pesquisa: a quantidade (volume) e qualidade (riqueza), ressaltando que

o caminho mais fácil para diferenciar os dados ricos de dados volumosos é pensar em riqueza como a qualidade e volume com a quantidade. Volume é a presença de muitos dados, dados ricos significam camadas intrincadas, detalhadas, nuances e muito mais. Podem-se ter muitos dados que não são ricos; por outro lado, pode-se ter riqueza em poucos dados. O segredo é vocês ter ambos (FUSCH; NESS, 2015, p. 1409).

Dessarte, por meio da observação participante, do grupo focal e da entrevista em profundidade a pesquisa procurou trazer o aprofundamento, a abrangência e a diversidade das informações pertencentes ao fenômeno estudado, para que as pesquisadoras digam “mesmo provisoriamente, encontrou a lógica interna do seu objeto de estudo – que também é sujeito – em todas as suas conexões e interconexões” (MINAYO, 2017, p. 10).

A coleta iniciou-se pela etapa da observação participante realizada por meio da permanência da pesquisadora, acompanhando a rotina dos residentes durante a assistência obstétrica realizada em cenários distintos como admissão, pré-parto, sala de parto. A escolha pelo método da observação participante partiu do

entendimento de que a complexidade de muitas situações vivenciadas no contexto da VO no cotidiano assistencial requer que o pesquisador torne observador participante do universo estudado e vivenciado.

Assim, sua participação direta e a observação do fenômeno de interesse pode auxiliar no entendimento de contextos das ações, apreensão de aspectos simbólicos e significados existentes para os indivíduos, sendo possível apreender a totalidade e a profundidade de seu objeto de estudo (VICTÓRIA; KNAUTH; HASSEN, 2000; PROENÇA, 2008). Segundo Victória, Knauth e Hassen (2000, p. 62) “a justificativa para o procedimento de observação está no pressuposto de que há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita”.

A observação participante para as autoras Minayo (2015), Haguette (2010) representa um intenso processo de interação entre as teorias e métodos na busca do conhecimento da realidade onde o fenômeno ocorrer na perspectiva dos sujeitos envolvidos e da sociedade na qual as relações ocorrem. E sustenta que a presença do pesquisador em campo, num dado contexto social, o permite participar do contexto estudado, modificando e sendo modificado por este contexto. Segundo Victória, Knauth e Hassen (2000, p. 62) “a justificativa para o procedimento de observação está no pressuposto de que há muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita”.

Nessa compreensão, o observador torna-se parte do contexto estudado, modificando e sendo modificado por ele simultaneamente, utilizando-se do saber ouvir, escutar, ver, fazer e o uso de todos os sentidos para a apreensão e compreensão do cotidiano vivido (MINAYO, 2015). Para proceder a observação a pesquisadora utilizou um roteiro de observação (APÊNDICE A) e a construção de um diário de campo com as principais impressões diariamente observadas.

Vale ressaltar que durante o cotidiano de realização da observação houve algumas dificuldades para a inserção da pesquisadora no campo. Não existiu por parte da equipe assistencial o reconhecimento e a compreensão do papel da pesquisadora naquele momento, já que ela também é profissional de saúde na Instituição e diante de algumas demandas foi solicitada para compor a equipe assistencial, principalmente pelos residentes que encontravam a oportunidade de serem acompanhados em suas atividades.

Houve tentativas de esclarecimentos dos papéis desempenhados pela pesquisadora e foram apresentados os entraves que aconteciam no cotidiano da

observação e discutidas as formas de minimizá-los, no entanto durante a observação os fatos se repetiram.

Diante disso, foi decidido pela incorporação de outras duas pesquisadoras do grupo de pesquisa Políticas Públicas e Direitos Humanos em Saúde e Saneamento do Instituto René Rachou (IRR) da Fundação Oswaldo Cruz- Minas Gerais (FIOCRUZ-MINAS) para assumirem essa etapa da coleta e darem continuidade aos dias de observação.

As pesquisadoras foram inseridas em dias da semana e turnos diferentes, acompanhando situações como a passagem de plantão, o plantão diurno e noturno, as discussões clínicas e o acompanhamento das parturientes em trabalho de parto, parto, puerpério, com aproximações com mulheres em situação de perda fetal. Foram contabilizadas aproximadamente 84 horas de observação, entre os meses de setembro a novembro de 2018, tendo como cenários a admissão, sala de pré-parto, sala de parto e unidade de internação.

Posteriormente, as pesquisadoras reuniram-se para discutir os dados observados e descreverem os contornos que foram convergentes e/ou divergentes, traçando um eixo condutor para a escrita do capítulo sobre a observação participante, que consta nessa tese.

Simultaneamente ao início da observação foi efetivada a segunda etapa de coleta com a realização do GF. A escolha pelo GF como estratégia para continuidade da coleta de dados foi fundamentada na concepção de que as interações grupais, ao se discutir um assunto especial como na pesquisa em questão a VO, permitem apreender os significados mais profundos concebidos pelos sujeitos envolvidos sobre a temática.

Para Gondi (2003), o GF torna-se um recurso utilizado para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos envolvidos no tema de pesquisa e, como técnica, ocupa uma posição intermediária entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. Particularmente sobre o GF os autores Bauer e Gaskell (2010), e a autora Minayo (2015) retratam que a técnica permite a estimulação de um grupo a manifestar sobre determinado fenômeno bem como a reagir frente aos diferentes posicionamentos existentes no coletivo, permitindo também observar processos que são vividos pelo grupo e que podem não ser manifestos nas entrevistas individuais.

Bauer e Gaskell (2010) ressaltam que o GF possui três características centrais: a primeira uma sinergia emergente das relações, interações sociais; segundo a possibilidade de observar os processos que ocorrem em grupo, como exemplo, as figuras de liderança; terceiro a possibilidade de observar o envolvimento emocional dos participantes frente às questões que são colocadas para o grupo.

Segundo Morgan (1997), a associação dos GF com a observação participante permite a comparação do conteúdo produzido no grupo com o cotidiano dos participantes em seu ambiente natural, no qual o fenômeno ocorre, e no contexto que foi observado pelo pesquisador.

Cabe ressaltar que essa técnica de coleta de dados possibilita aos participantes expressarem suas opiniões por meio de uma interação discursiva, sendo a principal diferença em relação a uma entrevista em profundidade, na qual uma pessoa responde às perguntas, tendo como contraponto o entrevistador. No GF, deve haver o estímulo ao confronto dos diferentes argumentos expostos pelos sujeitos e, diante aos de outros, podem ou não os ajustar, reafirmá-los, corrigi-los, permitindo novas possibilidades de análises do fenômeno (GONDI, 2003; MORGAN, 1997) como de fato ocorreram nos grupos realizados neste estudo.

A condução da discussão nos GF realizados teve como aporte um roteiro de debate pré-estruturado (APÊNDICE B) a moderadora do grupo foi a orientadora da pesquisa, tendo um membro convidado do grupo de pesquisa Políticas Públicas e Direitos Humanos em Saúde e Saneamento do IRR como relator e observador.

O convite para a participação dos residentes no GF foi realizado de forma individualizada e em sala de aula, sendo agendado o dia e horário conforme a disponibilidade dos possíveis participantes. Destacamos a dificuldade de serem inseridos a participação dos residentes de medicina pela indisponibilidade de horários que fossem compatíveis com o restante do grupo. Foram realizados dois GF no Centro de Capacitação do HSF, no mês de setembro de 2018, totalizando 18 participantes sendo 13 residentes no primeiro e 5 residentes no segundo GF, sendo ao final 15 residentes PREO e 3 do PRMGO.

O primeiro GF ocorreu no dia 27 de agosto de 2018 com a participação de 11 residentes do PREO e 2 residentes do PRMGO, teve a duração de aproximadamente duas horas. Inicialmente foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), a retirada das dúvidas relativas a ele e procedida sua assinatura pelos participantes e pela orientadora da

pesquisa. Foram esclarecidos os papéis do mediador e do relator/observador e iniciado o grupo mediante as perguntas do roteiro.

A participação ativa de grande parte dos participantes que ali se encontravam e a riqueza de elementos nos conteúdos debatidos foram a marca central identificada pelas pesquisadoras no primeiro grupo focal. Dos questionamentos alçados surgiram discussões apropriadas sobre a temática da VO imersas no contexto das questões relativas ao processo ensino-aprendizagem. Existiu para além disso, conversas relativas à realidade Institucional vivenciada nos últimos anos, sobre os conflitos existentes no quotidiano assistencial e os encontros dos residentes em suas vivências diárias nos plantões.

O segundo GF ocorreu no dia 29 de agosto de 2018 com a participação de 4 residentes do PREO e 1 residentes do PRMGO, teve a duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos. Como no grupo anterior foi realizada a leitura do TCLE, a retirada das dúvidas e sua assinatura pelos participantes e pela orientadora da pesquisa.

Todos os participantes do segundo GF contribuíram efetivamente durante todo o tempo, com a variação entre as falas e contribuições simultâneas frente ao um assunto levantado. A tônica desse grupo esteve sustentada nas vivências pessoais no contexto da residência e da VO com uma forte característica de relatos de experiência no contexto Institucional. Outra característica que se fez presente foi às críticas acerca da organização do processo ensino-aprendizagem nos programas de residência, e as relações conflituosas vividas com os preceptores no quotidiano assistencial como geradores de adoecimento e sofrimento.

Após a realização dos GF partimos para a última etapa da coleta de dados, a entrevista em profundidade. A escolha pelos participantes que fariam parte dessa etapa foi sustentada pela indicação do relator/observador do GF dos residentes que apresentaram alguma característica e/ou fala que necessitaria de uma melhor investigação para a compreensão do dado. Cabe ressaltar que os residentes também indicaram a inclusão dos nomes de outros participantes que teriam vivências importantes para serem exploradas na entrevista e que não haviam participado do GF.

A entrevista para Minayo (2015) é a técnica mais utilizada por aqueles profissionais que tratam de problemas humanos valendo-se dessa técnica. É adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem,

esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como as suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Segundo Haguette (2010), Bauer e Gaskell (2010), essa etapa de coleta de dados constitui-se num processo de interação entre entrevistador e entrevistado para a obtenção de informações importantes sobre um fenômeno específico, onde as palavras são o principal meio de troca e que devem ser organizadas mediante a um roteiro de entrevista.

Permeados por esse contexto, iniciamos as entrevistas após acordar com cada participante o local e a data, sendo respeitados o ambiente privativo para a sua realização. As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, autora da tese, mediante a um roteiro semi-estruturado (APÊNDICE D), e iniciada após a leitura e assinatura do TCLE pelo participante.

Foram realizadas 13 entrevistas ao longo dos meses de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, sendo 12 com residentes do PREO e 1 com um residente do PRMGO. Tivemos como dificultador, para realizar a entrevista com os outros residentes de medicina, a disponibilidade de tempo, a coincidência de férias acadêmicas e a proximidade com o término do curso.

As entrevistas tiveram uma média de duração de uma hora com a exploração do tema em profundidade pelos participantes. Um dado que ficou marcante em todos os momentos foram as falas carregadas de emoção e por manifestação de choro, principalmente, ao lembrarem das situações vivenciadas que estavam atreladas a VO e as relações produzidas no cotidiano da residência.

Respeitando os princípios estabelecidos entre os riscos existentes na pesquisa com seres humanos, em diferentes ocasiões as entrevistas tiveram que ser interrompidas mediante a manifestação de choro, a dificuldade de verbalizar sentimentos, perante o próprio pedido do participante de concedê-lo um tempo para recompor seus sentimentos antes de continuar a exposição de seus pensamentos sobre o tema da pesquisa.

4.4 Análise de Dados

Para a compreensão do universo pesquisado, utilizaremos a técnica da Análise de Conteúdo (AC), conforme Bardin (2011), que busca analisar o conteúdo manifesto nos discursos.

A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

Segundo a autora, o que interessa para o pesquisador que trabalha com a AC são os saberes oriundos do material após a análise dos dados sejam originários de qual discurso for. Assim, nota-se que a AC é uma técnica que trabalha com a palavra contida no texto, permitindo, de forma prática e objetiva, a produção de inferências do conteúdo da comunicação replicáveis ao seu contexto social.

A AC substitui o impressionismo (opinião pessoal do pesquisador), por procedimentos padronizados que convertem material bruto em dados passíveis de tratamento científico e interpretação.

Para tanto, o texto é decomposto e estudado em função das ideias ou das palavras que ele contém, escolhidas em razão de suas relações com o objetivo da pesquisa. Para Bardin (2011) o pesquisado necessita entender o sentido da comunicação, como o papel de receptor, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, outra interpretação passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira.

A técnica da AC propõe três fases distintas para o alcance da análise que são elas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados- a inferência e a interpretação.

A fase da pré-análise pode ser compreendida como a etapa de organização do material. Após o compilado dos dados coletados realizamos, a partir da transcrição das entrevistas de forma integral a sua ordenação, seguida da leitura flutuante do material, em que se preservaram os discursos dos sujeitos em sua íntegra, permitindo uma retomada dos objetivos iniciais da pesquisa em torno dos achados.

Nesse momento, não houve processo de julgamento, crítica ou busca de núcleos de sentidos, a intenção repousou na constituição do *corpus*, o universo estudado em sua totalidade e em toda sua riqueza.

Seguindo as etapas passamos ao momento da exploração do material. As entrevistas transcritas foram selecionadas e agrupadas buscando uma similaridade entre os dados que possam ajudar a construir o fio condutor das interpretações.

Os discursos de cada sujeito, individualmente, foram lidos e relidos, na intenção de se realizar uma codificação, uma lapidação dos dados brutos para se alcançarem núcleos de compreensão do texto.

Para o procedimento de codificação escolhemos unidades de registros que se configuraram como recortes dos conteúdos manifestos pelos participantes (palavras ou frases) e que reuniram elementos em razão de possuírem características em comum em sua essência. Após isso, foi realizada uma classificação no sentido de agrupar conteúdos semelhantes entre si para posteriormente realizar a categorização dos dados. Por fim, reunimos o maior número de informações correlacionando temas e acontecimentos para tentativa de ordená-los em um pensamento fluido, linear e coerente aos conteúdos manifestos e analisados.

Seguimos os princípios definidos por Bardin (2011) para a qualificação das categorias a saber: *exclusão mútua*, cada elemento só pode existir em uma categoria; *homogeneidade*, para definir uma categoria, é preciso haver só uma dimensão na análise; *pertinência*, as categorias devem dizer respeito aos objetivos da pesquisa, às questões norteadoras; *objetividade e fidelidade*; os núcleos de sentido e os conteúdos que determinam a sua presença em cada categoria foram claros, não havendo distorções subjetivas; *produtividade*; as categorias serão produtivas se os dados forem férteis em inferências, em hipóteses novas.

O software MaxQDA foi utilizado para auxiliar na organização dos dados, leitura e codificação do material produzido na observação participante, grupo focal e entrevista. O software tem como proposta auxiliar o pesquisador na leitura dos dados produzidos pelos estudos de natureza qualitativa permitindo as codificações das informações a critério do pesquisador e organização ampla do material que se torna fundamental para estruturar a análise dos dados.

Após a análise preliminar realizada pela pesquisadora autora da tese, houve a repetição da análise pela professora orientadora com o intuito de chegarem a um denominador comum em termos das categorias e do conteúdo contido em cada uma delas o que torna a análise mais confiável e menos enviesada.

Dessa etapa, emergiram as categorias temáticas que compuseram a compreensão dos dados, sendo assim, categorizada conforme apresentado nos quadros abaixo.

Quadro 9: Categorias analíticas oriundas da análise de dados conforme a técnica da AC

Primeira categoria: Minha concepção, nossas concepções: os diálogos e as significações atribuídas à VO pelos residentes		
Os resultados da categoria expressam os conceitos que os residentes atribuíram para a VO, explicitando as possíveis explicações para a ocorrência desse fenômeno no cenário de assistência obstétrica. A categoria encontra-se subdividida em duas, sendo que na primeira foram discutidas as peculiaridades atribuídas ao conceito com ênfase para a amplitude de significados que falam de vivências, desrespeito e questões de ordem estrutural/organizacional. Na segunda subcategoria discorremos sobre as possíveis justificativas para a permanência da VO sendo nomeadas questões associadas: aos aspectos culturais, a falta de conhecimento entre os sujeitos afetados, a invisibilidade no cotidiano assistencial, a vulnerabilidade dos envolvidos. O agir profissional e suas implicações e encerrando com uma discussão sobre a violência como parte de um cotidiano necessário.		
Primeira subcategoria: As diferentes interfaces de uma ampla concepção constituída sobre a VO		
Códigos utilizados	Amplitude do conceito que envolve diferentes pontuações	A concepção proposta para as violências clássicas
		As violências clássicas e seus procedimentos desnecessários
		O desrespeito as necessidades e desejos da mulher
		O desrespeito a intimidade e individualidade
		O desrespeito ao protagonismo da mulher
		O desrespeito ao corpo
		O desrespeito a autonomia
Cód. util.	A VO como parte de um sistema maior	Questões de ordem organizacional
		Questões de ordem estrutural
Segunda subcategoria: As possíveis explicações vinculadas a existência e perpetuação da VO no cotidiano		
Códigos utilizados	Explicações para a existência da VO	O fenômeno permanece invisibilizado/negado
		Os aspectos culturais
		Os grupos considerados vulneráveis
		Diferentes perfis de mulheres nomeadas como mais vulneráveis aos atos de VO
		As mulheres não sabem sobre VO e não reconhecem sua ocorrência
		As mulheres sem conhecimento estão mais susceptíveis aos atos VO
		Por falta de conhecimento as mulheres solicitam que sejam feitos procedimentos violentos
		O agir profissional ignorando a mulher
		O agir profissional desatualizado e sustentado em má prática
		A reprodução histórica de ações violentas
		Violência como parte do cotidiano da obstetrícia e da vida
		Pequenas e grandes violências obstétricas: que olhar e esse
		Violências obstétricas necessárias ou permitidas
		Procedimentos violentos não sendo violentos

Segunda categoria: VO na unidade caso: convergências e divergências desveladas pelos residentes		
Os resultados da categoria retratam a vivência da VO no cotidiano da unidade caso o HSF. A categoria foi subdivida em duas subcategorias sendo na primeira relatado o reconhecimento pelos residentes do HSF como uma instituição diferenciada por suas práticas de assistência ao parto e nascimento pautados na humanização. É apontada a importância da discussão sobre VO na instituição, ressaltando os problemas institucionais vividos durante o cuidado obstétrico que contribuem para a ocorrência dos atos de violência e as surpresas vividas na desconstrução de uma imagem idealizada pelos residentes. Na segunda subcategoria apresentamos os relatos de VO narrados pelos residentes e vivenciados no cotidiano de formação e os sentimentos aflorados.		
Primeira subcategoria: O HSF reconhecido como uma instituição diferenciada na assistência ao parto e nascimento, mas, não livre de VO		
Códigos utilizados	O que existe de diferenciado na instituição	Ser um local de referência
		Os princípios do SUS
		Local de práticas humanizadas e de respeito a mulher
		O trabalho da equipe multiprofissional
		O reconhecimento da enfermagem obstétrica
		Subfinanciamento de instituição que é 100% dependente do SUS
Códigos utilizados	É preciso falar sobre VO no HSF	Não podemos negar a existência de VO na instituição
		A instituição idealizada e a instituição real uma reflexão sobre encontros e desencontros
		Surpresas encontradas e o processo de desconstrução de um imaginário ideal
		Sentimentos despertados diante das desconstruções vivenciadas
		Crise no financiamento e os problemas institucionais emergentes associados a VO
		Dificuldade na tomada de medidas para o enfrentamento da VO
Segunda subcategoria: Os relatos de VO no cotidiano da residência e os sentimentos aflorados		
Códigos utilizados	Os atos de VO relatados pelos residentes	Questões organizacionais da instituição e seus reflexos na VO
		Violências clássicas no cotidiano da instituição nas vozes dos residentes
		Violência com as mulheres em situação de abortamento.
		Outras vertentes da VO vivenciada na instituição
Códigos utilizados	Os sentimentos vivenciados	Indignação/revolta
		Frustração
		Tristeza/Sofrimento
		Desvalorização/Desmotivação
		Incômodo
		Incompetência/Impotência
Intimidação/Medo/Angústia e Ansiedade		

Terceira categoria: “Bem-vindo à residência”: os encontros quotidianos com os diferentes contornos da violência durante a formação		
Os resultados da categoria retratam os principais desafios vivenciados pelos residentes durante o processo de ensino aprendizagem que perpassam pelos atos de violência em que se alternam atores, sujeitos violados e violentados. A categoria é subdividida em duas subcategorias sendo na primeira descrita as relações entre residentes e preceptores vivenciadas rotineiramente com centralidade nos conflitos existentes que são permeados pelas figuras de poder, pelo desrespeito e suas aproximações com os atos de violência e de VO. Na segunda subcategoria traçamos as principais repercussões que os conflitos diários produzem no processo de ensino e aprendizagem com especial atenção para a perpetuação dos atos de violência através das relações constituídas no e para o ensino.		
Primeira subcategoria: As relações existentes no universo dos processos de ensino e aprendizagem		
Códigos utilizados	As relações existentes no processo de preceptoría	Quem é a figura do preceptor
		Relações com os residentes exercidas de forma violência e desrespeitosa
		Não possuir perfil e comprometimento com a preceptoría e o ensino
		As práticas de VO exercidas pelo preceptor
Códigos utilizados	A figura de poder do preceptor	O poder sendo utilizado de forma abusiva e persecutória
		O poder sendo utilizado para impor o que o preceptor deseja seja feito
		A exposição do residente durante o processo de aprendizagem frente a mulher e a equipe assistencial
		A exposição do residente pode gerar a quebra na relação de confiança com o paciente.
		Excesso de atividades atribuídas ao residente
Segunda subcategoria: Dificuldades e repercussões no quotidiano de formação dos residentes em obstetrícia		
Códigos utilizados	As repercussões existentes na formação	Falta de interação com os residentes e solidão no processo de ensino
		Ser violento no papel de aprendiz
		Saber em quem se espelhar e quem não se espelhar
		O perpetuar da violência no processo de ensino
		Dificuldades encontradas pelos residentes ao se posicionar
		Ser dependente do preceptor o que impede o posicionamento do residente

Quarta categoria: Resistir para persistir: As estratégias utilizadas para o enfrentamento quotidiano dos atos permeados pela violência		
Os resultados da categoria apontam para as estratégias construídas pelos residentes para resistir aos desafios e as adversidades cotidianas impostas pelos atos de violência existentes durante o processo de formação. A categoria foi subdividida em duas subcategorias, na primeira discutimos sobre a individualização do cuidado a mulher com reflexões sobre a assistência prestada pautada na empatia, no respeito e no reconhecimento da importância das orientações sobre a VO para o fortalecimento das mulheres e elaboração das habilidades necessárias para superar os atos violentos. Na segunda subcategoria descrevemos como os residentes tornam-se o anteparo na defesa da mulher percorrendo desde a consolidação de posturas mais firmes, a negativa de executar determinados procedimentos, a seleção dos preceptores que auxiliarão nas condutas a serem adotadas.		
Primeira subcategoria: Ser residente no enfrentamento da VO: o olhar atento, o respeito, o conhecimento e a individualização do cuidado.		
Códigos utilizados	Um olhar atento para o cuidado como estratégia de reverter a violência	Colocar-se no lugar da mulher mesmo não tendo vivido esse momento
		Ter empatia e pensar no outro que está sob seu cuidado
		Refletir sobre a assistência prestada continuamente
		A reflexão e a produção de implicações no agir profissional
		Respeito, individualização e permissão para o cuidado
Códigos utilizados	A supremacia do conhecimento compartilhado como aliado nos espaços de diálogo e enfrentamento	Escutar, compartilhar a responsabilizar-se pelo cuidado
		Importância de espaços de discussão sobre VO
		Aparelhagens disponíveis: ativismo, ouvidoria, reunião de puérperas e plano de parto
		Mulheres orientadas como estratégia de enfrentamento da VO
		O conhecimento compartilhado inibindo o profissional nas praticas violentas
Códigos utilizados		Orientação durante o trabalho de parto
		Orientação durante o pré-natal
Segunda subcategoria: Residentes resistentes no anteparo à VO		
Códigos utilizados	O residente como anteparo aos de VO quotidianos	Apoio nos seus pares, os colegas residentes
		Troca de experiências entre os residentes na busca por estratégias
		Aquisição de uma postura mais firme diante dos fatos com o tempo de experiência
		Nega-se fazer determinados procedimentos que consideram violência ou desnecessários
		Ficar ao lado da mulher na linha de frente dos processos de violência
Códigos utilizados	O processo de preceptoria sendo aliado aos momentos de enfrentamento da VO	Não permanecer calado
		Fugir dos preceptores inadequados
		Buscar preceptores aliados por quem tenham afinidades
		Buscar o diálogo com o preceptor continuamente
		A renovação e o aperfeiçoamento dos profissionais em atuação

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir dos dados da pesquisa

Na última etapa proposta por Bardin (2015) os dados foram interpretados e discutidos com a literatura acadêmica encontrada sobre VO e suas nuances com o processo formativo, e fundamentado mediante o referencial da Sociologia Compreensiva e do Quotidiano.

Bardin (2015) recomenda que, nessa etapa, seja feito um movimento contínuo entre o empírico e o teórico, entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral. Também pontua que quem analisa um dado propõe inferências e realiza interpretações, surgindo possibilidades de novas visões do material trabalhado.

4.5 Aspectos Éticos

O texto do projeto de pesquisa que constituiu a tese foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IRR/FIOCRUZ-MINAS, e ao CEP da Instituição coparticipante HSF após emissão da carta de anuência (ANEXO A) sendo aprovado com o parecer CAAE 83292517.6.0000.5091 (ANEXO B).

Todos os residentes participantes do grupo focal e da entrevista receberam explicações acerca do estudo e assinaram TCLE. Resguardamos o direito a todos de solicitar esclarecimento em qualquer fase da pesquisa, até mesmo recusar a utilização de seus relatos, sem que isso possa lhes causar algum dano, penalidade ou prejuízo, respeitando a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 07 de abril de 2016, relacionadas à pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2013; BRASIL, 2016). Cabe ressaltar que o custeio de todas as despesas da pesquisa foi de responsabilidade das pesquisadoras, não havendo nenhum ônus aos participantes, bem como, retorno financeiro durante e após a realização do estudo.

A confidencialidade dos dados foi assegurada mediante a realização do GF e das entrevistas em local tranquilo, reservado, minimizando também os riscos de constrangimento e interferência de outras pessoas. Para ser o mais fidedigno aos relatos enunciados, os conteúdos foram gravados e transcritos na íntegra.

O sigilo e anonimato dos residentes participantes foi estabelecido por meio do anonimato, seja nas respostas proferidas durante o grupo focal e/ou entrevista, como também, na apresentação dos resultados no texto final da tese ou em publicação científica.

Ressaltados o cuidado que tivemos em interromper a entrevista mediante a identificação por parte das pesquisadoras ou do participante, perante qualquer forma de constrangimento ou desordem emocional, resguardando-o contra eventuais riscos e danos de ordem psíquica, garantindo os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia dos participantes da pesquisa.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

5.1 Um olhar sob o cotidiano: unidade caso

O capítulo em questão destina-se a dissertar sobre o cotidiano vivenciado nos dias de observação participante realizadas na Instituição cenário da pesquisa. As páginas seguintes retratam os fatos ocorridos durante as oitenta e quatro horas em que as pesquisadoras estiveram imersas nos plantões assistenciais da maternidade, em seus diferentes cenários de prática, a saber admissão/pronto atendimento, sala de pré-parto, setor de cuidados clínicos e sala de parto.

A permanência das pesquisadoras no cenário ocorreu em diferentes dias e turnos ao longo da semana, sendo observadas situações corriqueiras como: a passagem de plantão; as discussões clínicas entre a equipe multiprofissional; as tomadas de condutas assistenciais; as abordagens e interações dos residentes e equipe com as gestantes e seus acompanhantes; o acompanhamento do trabalho de parto e parto; os relacionamentos entre os residentes, demais profissionais, usuárias e acompanhantes.

Para que isso ocorresse, primeiramente houve a abordagem da equipe assistencial, em especial das enfermeiras obstétricas plantonistas, que apresentavam as pesquisadoras para o restante da equipe e explicitavam sobre a pesquisa e as questões éticas envolvidas. Durante o plantão, as pesquisadoras acompanharam a rotina dos residentes da enfermagem obstétrica e da ginecologia e obstetrícia, em todas as funções desempenhadas, interagindo com o cotidiano e vivenciando as particularidades da assistência. Ressalta-se o cotidiano, como objeto de estudo, “não apenas como sinônimo de dia a dia, mas também, como expressão de uma maneira de viver em um determinado contexto” (NISTCHKE *et al.*, 2017, p. 08).

Para caminhar nos dados da observação faremos uma descrição detalhada do que denominaremos unidade caso, descrevendo o contexto institucional em particular as questões vivenciadas nos últimos dois anos e nos relatos de profissionais e dos residentes nos dias de observação. A compreensão da unidade caso torna-se relevante para o entendimento e análise de muitas informações, oriundas dos grupos focais e das entrevistas em profundidade, que serão apresentados posteriormente.

A sustentação teórica para a discussão da observação encontra-se nos escritos de Michel Maffesoli e nas concepções dos participantes considerando o vivido e o saber-fazer num olhar ampliado para os processos formativos e os impactos assistenciais produzidos, dentre eles, as questões relativas à VO.

5.1.1 A Instituição e sua construção histórica, filosófica e existencial no e para o SUS

A concepção histórica da Instituição e os movimentos para sua construção estão fortemente imbricados nos ideais de comunidade, cidadania e compromisso social, numa implicação direta com os princípios e diretrizes do SUS e o movimento de reforma sanitária da década de 1980.

Sua história tem início em 1974, quando alguns representantes da Sociedade São Vicente de Paula (SSVP), preocupados com os problemas enfrentados pela população local que não tinham acesso aos hospitais públicos decidem construir o hospital (LOPES *et al.*, 2010).

Assim, nos relatos de seus fundadores, os passos iniciais para a origem do hospital se deram da união entre os movimentos de direita e esquerda, entre um vicentino e um comunista, que mesmo em seus antagonismos, vislumbraram a possibilidade de reunir forças em torno de um ideário: promover saúde em uma comunidade que carecia da oferta e de recursos, alcançando mulheres e crianças em suas necessidades.

Em todos os momentos houve parcerias, doações, que se fizeram presente de maneira individual e/ou coletiva. Da doação do terreno por uma família tradicional, cuja única exigência foi que a Instituição recebesse o nome de sua avó “Sofia Feldman”, (LOPES *et al.*, 2010) à força de muitas mãos que auxiliaram na construção das suas paredes, a comunidade esteve presente na Instituição exercendo os princípios da cidadania, da participação popular e do dever social.

A comunidade se fez presente em todos os momentos por meio de participação ativa e voluntariada nas obras de edificação, a aquisição das doações que vinham sob a forma de matérias de construção a insumos básicos que permitiram o início do funcionamento, (MADEIRA *et al.*, 2016, LOPES *et al.*, 2010) em um exercício pleno de cidadania e responsabilidade social.

Assim, mergulhado nesses princípios, em abriu em 1977, é inaugurado o ambulatório que atendia as mulheres e as crianças, oferecendo serviços de atenção primária à saúde, como imunização, planejamento familiar e consultas médicas (LOPES *et al.*, 2010).

O Hospital é inaugurado em 1982, contando com seis leitos na maternidade em sistema de alojamento conjunto e seis leitos de clínica pediátrica, também com internação conjunta, até 1984 o hospital manteve suas atividades com trabalho voluntário e doações da comunidade. No mesmo ano com esforços do movimento comunitário local, a Instituição foi incluída nas Ações Integrais de Saúde, programa precursor do SUS, que tinha por objetivo atender usuários da saúde da mulher e criança sem cobertura previdenciária (MADEIRA *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2010).

Concomitantemente ao erguer de suas paredes e o consolidar da Instituição, era escrito no papel, em 04 de novembro de 1988, o estatuto que sustentaria uma visão que preza por ser “um hospital público, não-governamental, que ofereça atendimento de excelência à comunidade, em especial à mulher e a criança, para a clientela universalizada, dentro de um Sistema de Saúde regionalizado e hierarquizado, trabalhando em parceria com a comunidade e com eficazes mecanismos de controle social” (FAIS, 1988, p.12).

Na esteira dos princípios e diretrizes do SUS é delineada a missão da instituição com o objetivo de “desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedoras e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo” (FAIS, 1988. p.12).

Assistência ancorada nos valores institucionais de uma atenção à saúde da mulher e criança: orientada pelos princípios e diretrizes do SUS; centrada na atenção a mulher, recém-nascido e família, com a criação de espaços de escuta do usuário e do trabalhador; sustentada no trabalho multiprofissional no controle social e na gestão participativa/colegiada como dispositivos para alcance da integralidade do cuidado.

Nessa perspectiva a assistência é permeada por uma visão “humanista em seu atendimento, voltada para o resgate das práticas naturais de assistência ao parto e ao nascimento, permitindo que a mulher retome sua posição de sujeito ativo desse momento, e considera o recém-nascido e sua família atores essenciais nesse processo” (JARDIM *et al.*, 2018, p.105).

A Instituição possui como pilares da assistência: a valorização da experiência humana; a mulher e a sua família como centros do processo do cuidado; o fortalecimento da mulher como cidadã, respeitando a sua dignidade e individualidade; a retomada das características fisiológicas e naturais do nascimento; as práticas baseadas em evidências científicas (FAIS, 1988. p.13).

Em 1988 em virtude do estabelecimento do serviço de planejamento familiar oferecido pela instituição e diante de outras questões políticas, houve a ruptura com a Sociedade São Vicente de Paula e estabelece-se a Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS) conferindo à instituição a filantropia de direito privado (MADEIRA *et al.*, 2016).

As dificuldades financeiras e de sustentabilidade institucional sempre se fizeram presentes no cotidiano. Em alguns anos a restrição econômica comprometia as atividades assistenciais e colocava em risco o funcionamento do Hospital. Diante dessa situação, a comunidade articula uma mobilização para a defesa da instituição criando, em julho de 1994, a Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU-HSF) (MADEIRA *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2010).

A entidade ACAU-HSF que ao longo dos anos vem contribuindo com inúmeras ações de fortalecimento do hospital, como as parcerias com a associação de bairro, os conselhos locais de saúde, comerciantes e vizinhos que agregam forças e trabalho voluntário, na construção de direitos e no desenvolvimento de projetos realizados em parceria com a ACAU/HSF e com o Conselho Local de Saúde.

Um exemplo desse movimento é o bazar beneficente permanente em que peças doadas são vendidas e convertidas em recursos financeiros utilizados na Instituição e, ao mesmo tempo, a comunidade é convidada a decidir como investir os recursos e tomar conhecimento das ações desenvolvidas pela ACAU/HSF.

O compartilhamento da gestão de todos os processos institucionais é outra característica historicamente construída (LOPES *et al.*, 2010). As decisões administrativas e gerenciais não são centradas na figura do diretor administrativo e sim compartilhadas pelos membros do Colegiado gestor, que possui representantes dos diferentes setores do hospital, da comunidade, dos conselhos, num espaço resolutivo, coletivo e de igualdade onde todos os atores são responsáveis pelas decisões tomadas.

Por decisão política institucional, o hospital esteve sempre integralmente vinculado ao sistema público de saúde, o SUS, reforçando e participando da consolidação de seus princípios e diretrizes: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação comunitária e complementação do setor privado.

O SUS integra uma diversidade de instituições e serviços, vinculados a diferentes organizações de caráter público ou privado, com ou sem fins lucrativos a fim de proteger, promover, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e de sua coletividade, partindo do princípio que todas as pessoas têm direito e o direito está ligado a condição de cidadania. Assim, “O SUS é algo distinto, especial, não se reduz à reunião das palavras sistema, único e saúde” (PAIM, 2009, p.13). Imerso nesses princípios o HSF reforça seu compromisso com uma sociedade mais equânime que deseja o compartilhar dos direitos a todos os seus cidadãos sem nenhum tipo de distinção ou privilégio.

Ao longo dos anos de sua existência, a Instituição fortalece a mudança do modelo de assistência obstétrica no País, com o reconhecimento nacional de pioneirismo na humanização da assistência ao parto, no uso de tecnologias inovadoras na atenção obstétrica e neonatal, autonomia de atuação da enfermeira obstétrica, e no cuidado centrado na mulher e sua família por meio do resgate de seu protagonismo, de sua individualidade e de sua singularidade.

Dentre as práticas pioneiras adotadas na Instituição podemos pontuar: a presença de um acompanhante na maternidade, participante do processo de parto; a modalidade de alojamento conjunto com a mãe e o bebê, tanto nas maternidades quanto nas enfermarias pediátricas; e o incentivo permanente à amamentação. Estas práticas são apoiadas por leis e políticas de saúde, como o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança e a Política de Humanização do Pré-Natal e Parto (PHPN) (LOPES *et al.*, 2010).

O pioneirismo das ações também repousa no desenvolvimento de projetos que garantem um controle social em tempo integral da Instituição (LOPES *et al.*, 2010). Entre eles podemos destacar o projeto Doula comunitária, no qual mulheres da comunidade se voluntariam para exercerem o suporte emocional e físico a mulher durante o período de parturição. Segundo Lopes e colaboradores (2010) a partir de 2006, esse projeto foi incorporado pela Secretaria Municipal de Saúde e implementado em todas as maternidades públicas no município de BH. O suporte

exercido pelas doulas possui comprovação científica ao reduzir o tempo do trabalho de parto; favorecer um melhor vínculo da mulher com o bebê; melhor a autoestima auxiliando a sentirem-se mais fortes e confiantes; reduz os índices de cesariana; o uso de ocitocina, de analgesia peridural e do fórceps (HODNETT *et al.*, 2005).

Outro exemplo de controle social é o serviço de Ouvidoria, em que profissionais permanecem na Instituição para realizar a escuta dos usuários sobre a assistência recebida, participando de espaços como a reunião de acompanhantes e a reunião de puérperas. Os ouvidores também acolhem as mulheres e os acompanhantes que desejam conhecer a Instituição, realizando uma visita guiada e promovendo a vinculação da usuária a maternidade, fortalecendo seu conhecimento e sua confiança no serviço.

O reconhecimento do trabalho institucional é traduzido pelos títulos conquistados a citar: Hospital Amigo da Criança pelo MS/Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em 1995; o Prêmio Cidadania e a Placa Ouro da Promotoria de Justiça de MG, em 1997 e 1998 respectivamente, pela promoção e incentivo ao aleitamento materno e pela humanização da assistência; Prêmio Galba de Araújo, do MS em maio de 1999. Tais práticas assistenciais vão ao encontro das políticas públicas de saúde instituídas desde o ano de 1990 pelo MS e reafirmadas em 2000 pelo PHPN.

O reconhecimento estadual e municipal vem da Secretaria de Estado de Saúde de MG, com a Medalha do Mérito da Saúde em março de 2004 na categoria de “Instituição Filantrópica Parceira do SUS”; pela iniciativa de voluntariado e humanização, recebeu o Prêmio Amigas do Parto 2005 da Organização Não-Governamental Amigas do Parto e o diploma de Honra ao Mérito, nesse mesmo ano, da Câmara Municipal de BH.

Em novembro de 2005, as iniciativas Doula Comunitária e Programa de Internação Domiciliar Neonatal foram certificadas como Tecnologias Sociais Efetivas pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), Petrobrás e Fundação Banco do Brasil, passando a integrar o Banco de Tecnologias Sociais dessa parceria.

Mas recente, em 2011, o hospital é reconhecido como matriciador dos centros colaboradores da grande política nacional do MS que estava sendo implementada a Rede Cegonha, sendo fonte inspiradora para as maternidades no modelo de atenção obstétrica e neonatal desenvolvido na instituição. O hospital foi convidado a

participar do projeto como apoiador para outras maternidades servindo de modelo por sua experiência na co-gestão de processos, no cuidado obstétrico humanizado, na prática baseada em evidência, na vigilância dos óbitos materno e neonatais, revelando potencialidades e incentivando a realização das mudanças necessárias para a transformação dos modelos de atenção obstétrica.

Outro ponto de destaque que acompanha a trajetória da Instituição, desde sua fundação, é sua preocupação e contribuição com a formação de diferentes categorias de profissionais de saúde, no e para o SUS. A história remete o compromisso com a formação e com a enfermagem obstétrica ao registrar que a primeira assistência ao parto foi conduzida por uma professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM) a enfermeira obstétrica Maria de Nazareh Figueira. Ressalta-se que a professora foi homenageada com a inauguração de uma suíte de parto com o seu nome, o que a fará sempre presente na história e memória de todos.

A formação de profissionais da saúde tem início em 1986 com a parceria com EE-UFGM recebendo alunos da graduação para estágio curricular na maternidade atendendo as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem no País (DUARTE *et al.*, 2006). Em 1999, atendendo à exigência da Lei do Exercício Profissional, inicia-se a parceria estendida para a formação de enfermeiras obstétricas com a oferta do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica. A autora Jardim e colaboradores destacam em seu texto que

o referido profissional possui autonomia para atuar, diretamente, no parto normal sem distócia, no acompanhamento puerperal, na assistência direta ao recém-nascido, além da promoção de atividades educativas para saúde da mulher e planejamento reprodutivo (JARDIM *et al.*, 2018, p.105).

Assim, ao longo de vinte anos de formação na enfermagem obstétrica na Instituição, aproximadamente 310 profissionais especialistas foram formados e estão atuando em diferentes cenários de atenção obstétrica, gestão e docência em MG, e em outros estados do País.

Em 2014, o MEC e MS reconhecem a Instituição como Hospital de Ensino, na Portaria Interministerial nº 2.768, de 16 de dezembro de 2014, consolidando e fortalecendo as experiências formativas na concepção multiprofissional, construída ao longo de sua existência, com enfoque nas especializações em Obstetrícia e

Neonatologia (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014).

No ano de 2014, inicia-se o PRMGO, e no ano de 2015, é ofertado o primeiro PREO, tendo o HSF como instituição proponente (instituição formadora e executora). As residências possuem projeto político pedagógico e estrutura curricular embasados nas experiências formativas anteriores, orientado pelas propostas pedagógicas, resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica e na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, ademais imbuídos pelos valores institucionais que são conduzidos pelos princípios da humanização da assistência ao parto, pelas boas práticas assistenciais e pelos princípios e diretrizes do SUS.

Atualmente, estão em andamento na Instituição, o PRMGO, com previsão de entrada de oito vagas/ano (duração três anos), o Programa de Residência Médica em Neonatologia, com cinco vagas/ano (duração dois anos), o PREO, com 25 vagas/ano (duração dois anos) e o Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia, com 25 vagas/ano (duração dois anos, são contempladas as seguintes profissões: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) e todas as bolsas educacionais são custeadas pelo MEC/MS, totalizando 63 vagas por ano e, atualmente, 119 residentes em curso, distribuídos nos diferentes programas e anos.

Contextualizando o cenário assistencial que é o campo de prática para as residências, o HSF é referência obstétrica e neonatal para uma população de aproximadamente 500.000 pessoas, dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste do município de BH. A maternidade também recebe usuárias da Região Metropolitana e de outros municípios do interior do estado de MG sendo aproximadamente 300 localidades assistidas pelos serviços prestados no hospital.

A estrutura institucional conta com um prédio de seis andares que abrigam 238 leitos obstétricos e neonatais. No serviço de obstetrícia totalizam-se 87 leitos distribuídos em pré-parto com 8 leitos, sala de parto com 5 leitos (suítes de parto), observação com 6 leitos, Unidade de Gestação de Alto Risco com 5 leitos, enfermaria de casos clínicos com 10 leitos, o Alojamento Conjunto com 43 leitos e o Hospital dia com 10 leitos disponíveis. No serviço de Neonatologia são 51 leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, 46 leitos de Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal e 14 leitos de Cuidado Canguru e 40 leitos de outras clínicas.

No prédio encontra-se também a Central de Material Esterilizado, o Serviço de Nutrição e Dietética, o Banco de Hemoderivados, Farmácia central e satélites, os setores especializados (Serviço de Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Serviço Social), Sala de coleta de Leite Humano, o Espaço Sofias (destinado a permanência das mães de recém-nascidos internados na Unidade de Terapia Intensiva) e a Unidade Interligada de Registro Civil.

A unidade possui duas casas anexas à Instituição, uma denominada “Casa da Gestante Zilda Arns”, inaugurada em 2007, com o intuito de acolher gestantes classificadas como alto risco obstétrico e que necessitam de cuidados específicos para o acompanhamento das complicações gestacionais. Durante a sua internação a gestante é acompanhada, diariamente, por uma equipe composta por uma enfermeira obstétrica, uma residente de enfermagem obstétrica e equipe técnica de enfermagem que realizam a avaliação e discussão clínica com a equipe médica plantonista da maternidade. Além disso, o acompanhamento de gestantes conta com profissionais das áreas de Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação Física e Nutrição.

A outra unidade anexa é nomeada como “Casa do Bebê”, inaugurada em 2006, com o objetivo de receber recém-nascidos encaminhados pela maternidade para serem acompanhados com atenção voltada para o ganho de peso e crescimento, questões relativas ao aleitamento materno e cuidados clínicos, como o procedimento de fototerapia. No setor os bebês são acompanhados por enfermeiras neonatólogas, residentes de neonatologia e equipe técnica de enfermagem, além de receberem o mesmo suporte assistencial da equipe multiprofissional que atua na Casa da Gestante.

Os indicadores assistenciais de 2018 revelam que no HSF foram assistidos 10.283 partos, com uma média de 850 partos por mês. Cerca de 73% dos partos foram normais e 27% foram cesarianas. A assistência promovida por enfermeiras obstétricas ocorreu em 84% dos partos normais realizados. Alguns indicadores assistenciais importantes e que nos remete a qualificação do cuidado são: cerca de 90% dos partos ocorreram na presença de um acompanhante de escolha da mulher; 1,4% dos partos tiveram a realização de episiotomia; a escore de apgar menor que nota 7 no quinto minuto correspondeu a 1,1% dos nascimentos, e a interação mãe e filho na sala de parto ocorreu em aproximadamente 87% dos partos (FAIS, 2019).

5.1.2 Enfrentamentos, resistências e desafios atuais no HSF: uma análise da observação participante

Os dias de observação foram permeados pelos momentos de incertezas, medo por parte dos profissionais e residentes acerca da situação financeira e estrutural em que a Instituição perpassava, fazendo importante uma contextualização desse momento histórico que se fez presente durante as vivências com os residentes nos plantões.

As questões financeiras que assolam a Instituição sempre foram alvo de constante preocupação de gestores e trabalhadores do HSF. Preocupação que se fez presente desde a sua fundação, principalmente, no que tange sua sustentabilidade econômica já que os recursos financeiros advinham, em sua maioria, das verbas do SUS e de doações.

No final de 2014 e no início de 2015, as questões relativas ao financiamento agravaram principalmente mediante aos atrasos nos repasses e a incompletude das verbas advindas do estado e principalmente do município, e que tinham como consequência o atraso no pagamento de diversos compromissos a destacar: dos insumos hospitalares essenciais, dos salários dos funcionários, dos serviços terceirizados e da manutenção do hospital.

Paim (2009) em seu livro “O que é o SUS” ressalta, em um dos capítulos, que o grande desafio do sistema de saúde é manter a sustentabilidade econômica por meio de um financiamento estável que atribua responsabilidade as três esferas do governo. Nesse enfrentamento, conviveremos com a instabilidade e a insuficiência do financiamento o que requer um planejamento constante dos investimentos em saúde com a realocação de recursos na tentativa de superar as questões que envolvem o subfinanciamento desse setor.

Nessa esteira, para discutirmos sobre o financiamento do setor saúde, precisamos compreender as questões que envolvem o financiamento tripartite. Os escritos da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 determinaram que os governos federal, estadual e municipal seriam responsáveis pelo financiamento do SUS com a disponibilização de recursos para subsidiar as ações desse setor.

A pactuação proposta pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, estabelece que os municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no

mínimo, 15% da arrecadação de seus impostos em ações e serviços públicos de saúde, enquanto aos estados o percentual de investimentos é de 12%. Para o governo federal estabeleceu-se que o valor a ser investido deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto do ano antecedente ao da lei orçamentária anual.

A falta de recursos financeiros é notada com uma das principais causas para o subfinanciamento, principalmente, o cumprimento do percentual estabelecido como de responsabilidade dos municípios. Outro apontamento repousa sobre o valor atribuído na tabela para os procedimentos realizados no SUS e pago as Instituições que se revela abaixo dos valores realmente gastos nos procedimentos realizados o que gera déficits entre o que é pago e o que é gasto.

No entanto, recentemente a Emenda do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016), instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, pela nova regra os investimentos em saúde equivaleram a aproximadamente 1,7% do Produto Interno Bruto de 2016 e ficará congelado pelos próximos 20 anos, podendo chegar a 1% até 2036. Assim,

como dois terços das despesas do MS são transferências para estados, municípios e Distrito Federal, os efeitos dessa limitação financeira imposta pela EC 95 foi sentida, também, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018. p. 226).

A leitura dos principais especialistas aponta um cenário sombrio com um agravamento das questões relativas ao subfinanciamento da saúde, a precarização das restrições orçamentárias e caminhando para um desfinanciamento da saúde (MENDES, CARNUT, GUERRA, 2018).

O fruto do subfinanciamento e do desfinanciamento do setor saúde trouxeram como repercussões para o HSF o acúmulo de dívidas originárias dos vários empréstimos realizados para tentar suprir as necessidades financeiras da Instituição que remetem a um déficit de aproximadamente 1 milhão e 500 mil reais mensais. Em especial, o auge da crise financeira foi vivenciado nos anos de 2017 e 2018, o adensamento dos repasses das verbas, a negação por parte dos bancos de novos empréstimos, o acúmulo das dívidas, somados a insustentabilidade dos atrasos salariais dos trabalhadores que se arrastavam por meses.

Assim, ao longo dos anos em que a crise financeira agravou-se foram realizados inúmeros atos públicos pela sociedade civil, usuários, representantes

comunitários, trabalhadores (profissionais técnicos, assistenciais, residentes) em defesa da Instituição, em uma tentativa de sensibilizar as inúmeras entidades públicas e dar visibilidade ao problema enfrentado na busca de uma solução viável e permanente em relação ao financiamento. Esses movimentos buscaram apresentar o dever ser no cotidiano da Instituição enraizados por meio de manifestações naturais, históricas e sociais que é peculiar à realidade (MAFFESOLI, 2008b) institucional desde a sua fundação, em sua totalidade.

A inserção nos espaços de luta a favor da Instituição deu-se nos cenários privados ou nos públicos com a mobilização de diferentes atores que se empenharam na defesa do modelo de assistência promovida e em prol das mulheres e recém-nascidos assistidos que tinham, diante da crise, seus direitos fortemente comprometidos.

Alguns movimentos tornaram-se historicamente marcantes como o Abraço ao Sofia; as manifestações em praças e ruas com o apoio da comunidade e usuários; as audiências públicas, as reuniões com diferentes representações municipais, estaduais e federais que discutiram o financiamento e o repasse de verba; o movimento cibernético “*Mexeu com Sofia: mexeu com todas*” que envolveu diferentes redes sociais, televisivas na divulgação dos problemas enfrentados, e na construção de um discurso coletivo em defesa da importância da Instituição nas conquistas alcançadas, para a promoção da mudança e melhoria da assistência obstétrica e neonatal no Brasil.

A efetiva participação social foi um esteio no enfrentamento dos desafios na implantação do SUS e que somente uma população participante dos destinos da Nação tem o poder de promover mudanças para o alcance de justiça social, igualdade, solidariedade e, acima de tudo, garantir a dignidade de vida (SANTOS, 2018, p. 2050).

Foram acionados diferentes órgãos como o Ministério Público, o Conselho Nacional, o Estadual e o Municipal de Saúde, o Ministério da Saúde, parlamentares, Secretaria Estadual de Saúde, Prefeitura Municipal de BH, que coletivamente buscaram reunir forças em torno das questões relativas ao repasse dos recursos, a conquista de novos incentivos financeiros que pudessem somar as verbas já existentes, e a possibilidade de criação de novas parcerias que contribuíssem com o funcionamento da Instituição, sem que ocorresse a redução do número de leitos e da qualidade da assistência prestada à comunidade.

Mesmo diante de todos os esforços realizados, em 2018, a Instituição vivenciava o pior momento da crise com o acúmulo de dívidas com diferentes fornecedores, redução do número de leitos hospitalares refletindo, principalmente, no setor de Neonatologia, com redução no número de atendimentos realizados, os atrasos salariais consecutivos que repercutiram em pedidos simultâneos de demissão pelos funcionários de diferentes serviços, em especial, profissionais de saúde responsáveis pela assistência direta.

Imersos nesse contexto de crise, iniciamos os dias de observação participante acompanhando o cotidiano dos residentes, nos diferentes setores em que desenvolviam suas atividades práticas. Entendendo-se o cotidiano como “a maneira de viver dos seres humanos que se mostra no dia a dia, expresso por suas interações, crenças, valores, símbolos, significados, imagens e imaginário” (NISTCHKE *et al.*, 2017, p. 08).

Estivemos presentes nos setores que recebiam as mulheres e seus acompanhantes para o acolhimento de suas demandas de saúde; nas salas de atendimento à parturiente em trabalho de parto, pudemos observar e vivenciar as condutas que antecederiam a internação, as decisões relativas à internação e a assistência durante a internação da usuária. Foi observado o acontecimento em si, as coisas em si mesmas e não o que é dito sobre elas, os contornos e limites desse cotidiano na formação de residentes em atenção à mulher e neonato, em busca da compreensão de que o objeto é como o sujeito o percebe, interpreta o mundo e expressa suas experiências (MAFFESOLI, 2008b; MAFESSOLI, 2010a).

5.1.3 Do acolhimento a internação: como acolher se não somos acolhidos?

Os dias da observação participante iniciaram pelo serviço nomeado como “Pronto Atendimento” da maternidade, também conhecida como porta de entrada ao serviço. No local há uma recepção em que as usuárias fazem a ficha para o atendimento, uma sala de espera com cadeiras e televisão onde permanecem a mulher e seu acompanhante aguardando ser chamados, um setor no qual se realizam exames de imagem como ultrassonografia e as salas de atendimento.

Na maternidade está implementado o Acolhimento com Classificação de Risco (A&CR) segundo o que é preconizado pelo MS a partir de 2014. Assim, “o A&CR levam à tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta

qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente” (BRASIL, 2014, p.9).

As usuárias são chamadas para proceder a classificação de risco de acordo com sua queixa principal, sinais e sintomas. Nesse momento, percebemos que, após seu cadastro na recepção, a mulher é rapidamente direcionada a uma sala na qual um enfermeiro inicia a triagem perguntado sobre qual é a sua queixa principal, mensura seus dados vitais e ela recebe em sua ficha a cor de classificação de acordo com as orientações contidas no protocolo supracitado.

Após a primeira abordagem a usuária retorna à sala de espera para aguardar o atendimento dos demais profissionais da saúde que determinam quais as condutas clínicas que serão adotadas.

Um dos dados que despertou interesse durante a observação refere-se ao esclarecimento acerca dos critérios da classificação de risco, tanto para a mulher como para seu acompanhante. Falta um momento para o profissional esclarecer as dúvidas, principalmente, as relativas às cores recebidas e sua associação ao tempo de espera para o atendimento posterior à classificação, e quais são os critérios de elegibilidade para priorização do atendimento.

Por vários momentos percebemos queixas que envolviam a demora pelo atendimento após esse primeiro acolhimento. Também ouvimos questionamentos sobre a ordem de entrada, já que algumas mulheres chegavam e imediatamente eram atendidas, outras permaneciam por muito tempo vendo as demais usuárias “passarem na frente” e não compreendiam os critérios estabelecidos para isso, por não terem sido orientadas, gerando indignação e insatisfação durante o tempo de espera.

Ouvimos, ao passar pelas salas, expressões vinda dos usuários: “olha lá mais uma que passou na sua frente, vou reclamar”, “isso é um absurdo você aqui com dor e mais uma na sua frente”, “que falta de organização, ninguém fala nada aqui”, “a próxima que sair você entra de qualquer jeito”.

Percebemos, também, que a sala de espera se torna um local gerador de ansiedade e medo. As mulheres permanecem sentadas uma ao lado da outra, algumas em estágios mais avançados do trabalho de parto apresentam expressões de dor e gemidos; outras compartilham experiências vivenciadas do negativo ao positivo. Acompanhantes contam situações vividas acerca do parto e reforçam

questões culturais como o medo da dor, o sofrimento atribuído ao trabalho de parto e as incertezas do nascimento.

Tudo isso favorece o aflorar de sentimentos que não contribuem para tranquilizar as gestantes que esperam por atendimento e, em muitas situações, comprometem a própria assistência que será oferecida durante a internação.

Seria fácil em que sentido a valorização do ou este instante que reúne as múltiplas preocupações, ou simplesmente ocupações, da existência contemporânea. Basta indicar que esta, finalmente, não é mais que uma sucessão de momentos. Bons ou maus sentimentos, pouco importa, mas momentos que dedicamos a viver com intensidade, de uma maneira qualitativa, e que são, na falta de melhores, aceitos enquanto tais (MAFFESOLI, 2003b, p. 51).

Compreendemos que tais situações poderiam ser amenizadas se houvesse um processo contínuo de esclarecimentos necessários sobre o tempo de espera; os procedimentos preconizados para estabelecer a ordem dos atendimentos; presença de um profissional disponível para acolher as dúvidas, auxiliar as gestantes e seus acompanhantes que estejam ansiosos ou demostrem insatisfação pela acolhida na Instituição. Como encontramos descrito no Manual de A&CR

a falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure os serviços de urgência e maternidades com frequência. O acolhimento da mulher e acompanhante tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo, especialmente, no momento do parto (BRASIL, 2014, p.9).

Afirma-se a noção de pertencimento, de solidariedade, o que Maffesoli compõe como *solidariedade orgânica* no viver-comum, um espaço vivido simbolicamente em um fazer comum, o sentir-com, como possibilidade de múltiplos simbolismos que se desdobram em sentimentos de pertencimento e da estruturação *de base* de toda ação social (MAFFESOLI, 1995; MAFFESOLI, 2005; MAFFESOLI, 2008b).

Nessa perspectiva, segundo Maffesoli (2007), a *solidariedade orgânica* é contrária a hegemonia racional, e se faz presente através do instintivo que serve ser o cimento fundante para o *estar-junto*.

Após a permanência na sala de espera a usuária é direcionada para a consulta onde ocorreu nosso primeiro contato com os residentes da Instituição. Nesse local há duas salas, em uma permanece a enfermeira obstétrica

acompanhada do residente de enfermagem obstétrica recebendo os casos classificados como baixo risco, e de outros que eram destinados pela equipe para o acolhimento da demanda da usuária e os primeiros cuidados.

Geralmente, a enfermeira obstetra inicia a consulta da usuária com uma anamnese e inspeção do cartão de pré-natal, o residente fica responsável pelo exame clínico/obstétrico, a tomada de conduta é discutida por eles e ambos opinam sobre qual é o risco e benefício para a usuária decidindo o que deve ser feito. Caso haja alguma dúvida relativa à conduta discutida, a enfermeira obstétrica recorre ao residente médico ou ao plantonista para conjuntamente decidirem sobre o caso.

Percebemos que o residente de enfermagem obstétrica é responsável por esclarecer as dúvidas e construir um maior vínculo com a usuária e seu acompanhante. Inicia-se um apoio empático pelas trocas de olhares, o oferecimento de uma mão para ser apertada durante a contração, o proferir de falas motivacionais para a mulher que buscam incentivar e promover o empoderamento. Mesmo em situações mais difíceis e permeadas pelo sofrimento, como na perda gestacional, o residente se revela solícito para acolher a dor e mostrar alternativas para a vivência desse momento.

Na outra sala o residente médico em ginecologia e obstetrícia acolhe as usuárias classificadas com alto risco ou com alguma questão obstétrica que não é de competência técnica da enfermeira obstétrica. O residente médico atende as usuárias geralmente com outro colega residente, o preceptor de plantão é acionado nos casos em que o residente necessita discutir alguma conduta clínica e para compartilhar dúvidas relativas ao atendimento.

Há fatores comuns nessas duas salas que referem-se ao barulho constante vindo da sala de espera, onde encontram-se as outras usuárias e seus acompanhantes que aguardam por atendimento; as inúmeras interrupções durante a consulta das mulheres por outros profissionais sejam os técnicos de enfermagem que desejam saber as condutas que serão tomadas, sejam os colegas que discutem os casos das outras usuárias que estão sendo atendidas ou aguardam atendimento; as constantes reclamações vindas dos usuários sobre a demora no atendimento e questionamentos sobre a classificação de prioridade no atendimento.

Observamos as dificuldades dos residentes médicos em apoiar e orientar a mulher sob seu atendimento, além dos esforços para conseguirem suprir todas as demandas que surgem no plantão. Constantemente os atendimentos são

interrompidos para que sejam solucionadas outras demandas, o que é reconhecido pelos próprios residentes como um prejuízo para o atendimento que está sendo realizado, para o acolhimento e escuta das demandas da usuária e de seu acompanhante. Nessas situações o residente fica insatisfeito por não conseguir orientar a usuária ou atendê-la de uma forma mais pessoal e individual.

Compartilhamos momentos de impasse entre usuários e residente, quando a mulher e/ou acompanhante não concordava com a conduta a ser tomada, atribuindo a inexperiência do residente sobre o caso e exigia um atendimento pelo médico responsável. Percebemos também esse impasse em alguns atendimentos pontuais realizados pelos residentes da enfermagem obstétrica, no entanto, um diferencial nessa situação repousa na presença do enfermeiro obstetra junto ao residente. Nos questionamentos o enfermeiro obstetra preceptor sustentava a orientação e/ou conduta do residente por ele preceptorado, validando frente ao usuário as decisões e reforçando alguns ensinamentos durante a assistência.

Vivenciamos situações de exposição dos residentes por seus preceptores, em especial os residentes da medicina, ao discutir condutas clínicas na presença da usuária. Percebemos constrangimento por parte do residente e a quebra na relação de confiança entre profissional e usuária diante dos questionamentos realizados e as dificuldades para a continuidade do atendimento após a vivência da experiência.

Em uma situação após a ocorrência de episódio de exposição vivenciado com um preceptor o residente nos questionou: como podemos acolher a usuária se nós mesmos não somos acolhidos? Mesmo antes de qualquer minuto para reflexão sobre o fato ocorrido, o residente levanta-se da cadeira com os olhos lacrimejados, pega a próxima ficha dentre as várias que estava sob sua mesa e chama a próxima usuária para o atendimento. Para Maffesoli, nesse contexto estão todos

obnubilado pela ideologia produtiva ou, para retomar uma expressão marxista, pelo valor trabalho, tem-se dificuldade em compreender, em simplesmente ver, que uma inversão de polaridade está em curso, e que os valores dionisíacos contaminaram uma boa parte da mentalidade contemporânea (MAFFESOLI, 2010b, p.27).

Assim, percebemos um constante componente Institucional que compromete a assistência de todos os envolvidos: a forte demanda assistencial vivida pelo serviço. Em todos os dias de observação no pronto atendimento o serviço permaneceu com um alto fluxo de usuários que vinham de diferentes localidades

com diversas demandas assistenciais. Vivenciamos relatos de mulheres que percorriam quilômetros de distância em busca de um atendimento à sua necessidade de saúde. Algumas mulheres e acompanhantes que, por diversas vezes, haviam tido seu atendimento recusado por outros serviços e encontraram na Instituição o cuidado que buscavam.

Ao mesmo tempo em que compreendíamos enquanto pesquisadoras a importância do termo “porta aberta”, “vaga sempre” (BRASIL, 2011) da singularidade de não negar assistência a quem procura, em especial no estado de vulnerabilidade em que as mulheres se encontravam, nós víamos o impasse gerado por essa característica institucional. Percebemos que essa particularidade é geradora de insatisfação para a equipe, por não conseguirem acolher com a mesma qualidade todas as usuárias frente a alta demanda assistencial e a redução do quantitativo de profissionais vivido no último ano.

Ouvimos dos profissionais que trabalhar no Pronto Atendimento “é enxugar gelo” numa referência à impossibilidade de dar conta da demanda exigida com qualidade, respeito e atenção. Nesse movimento, a intensidade da vida diária não esconde a obscuridade do tempo vivido (MAFFESOLI, 2001b)

Para alguns, as dificuldades no atendimento, a própria espera pela consulta, a falta de tempo para dispensar mais atenção ao outro são encarados como desrespeito à mulher e às suas necessidades, o que nos trouxe uma primeira aproximação ao que será tipificado e reconhecido, por alguns residentes, como atos de VO encontrados na Instituição.

Vive-se uma dicotomia quotidianamente na tentativa de oferecer qualidade na assistência, suprir a demanda de trabalho, construir e reconstruir sentimentos que oscilam da raiva à satisfação e das incertezas do dever cumprido. “As evidências intelectuais, como acontece com frequência, não permitem perceber o que é evidente. E, para fazer isso, é preciso descer às origens do estar junto” (MAFFESOLI, 2010b, p.26-27).

5.1.4 O cotidiano de assistência às parturientes

O cenário da assistência à parturiente na Instituição é distribuído entre Pré-parto e Sala de Parto, possuindo também um setor denominado pelos funcionários como “Meio”. As peculiaridades que existem nestes ambientes caracterizam a forma

de assistir e as vivências observadas durante os plantões que envolveram diferentes personagens a citar os residentes, equipe assistencial e usuários (mulheres e seus acompanhantes).

A observação iniciou-se pela sala de pré-parto que está disposta por oito leitos onde permanecem mulheres em trabalho de parto sendo avaliadas por duas enfermeiras obstétricas, um residente da enfermagem obstétrica e duas profissionais da equipe de enfermagem (ora eram técnicas de enfermagem, ora enfermeiras assistenciais). O médico e/ou residente de ginecologia e obstetrícia permanece no setor em situações pontuais, como no momento da discussão clínica ou durante algum procedimento em que é requisitado para executá-lo.

O cuidado assistencial é majoritariamente de domínio da enfermagem obstétrica que conduz os casos baseados nos protocolos assistenciais da Instituição, com ampla autonomia para decidir as condutas sobre cada caso e cada situação identificada.

A autonomia conquistada pelo enfermeiro obstetra para a atuação nos diferentes espaços assistenciais do hospital, também é reconhecida como uma potencialidade para a formação dos especialistas. A preceptoria exercida por este profissional permite que o residente vivencie uma realidade que vai além da assistência obstétrica tradicional, centrada na figura do médico, o que leva o profissional a se preparar para atuar de maneira independente e interdependente, como parte da equipe assistencial (JARDIM *et al.*, 2018, p.105).

A atuação da enfermeira obstétrica se faz em todos os momentos, desde a recepção da usuária que foi encaminhada do setor de pronto atendimento para o pré-parto às decisões em relação ao encaminhamento da mulher para a sala de parto. A identificação das distócias obstétricas também fica sob a responsabilidade da profissional e do residente de enfermagem obstétrica, sendo solicitada a avaliação médica para a tomada de condutas que excedem os limites de sua competência profissional.

O respaldo legal para sua atuação encontra-se na Lei do Exercício Profissional nº 7.498/1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem assegurando no artigo 11, que como parte integrante da equipe de saúde o profissional pode atuar na assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera; no acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; bem como a execução do parto sem distócia. Endossando os ditames da Lei, a

Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 524/2016 normatiza a atuação e responsabilidade do Enfermeiro Obstetra no atendimento a gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido nos diferentes serviços de atenção obstétrica conferindo inclusive quais as ações que ele está respaldado a exercer.

A vinculação da usuária ao residente de enfermagem obstétrica ocorre de forma excepcional. Em todos os momentos que estivemos presentes no setor, o residente estava ao lado da mulher prestando os cuidados assistenciais relativos ao trabalho de parto; promovendo métodos não-farmacológicos para alívio da dor, auscultado os batimentos cardíacos do feto, verificando a variação existente das contrações uterinas, discutindo as situações clínicas com a enfermeira obstétrica preceptora do setor, e buscando acolher as demandas que emergiam, a todo instante, da usuária e de seu acompanhante.

Uma particularidade desse setor está na presença de mulheres em diferentes estágios do trabalho de parto. Algumas passavam pelo processo de indução do parto e permaneciam quietas em seus leitos não demandando tanto a presença do profissional ou quaisquer outras intervenções que não as de rotina.

Outras mulheres, em estágio mais avançado do trabalho de parto, constantemente, demandavam a presença do residente que buscava acolher sua dor e promover uma melhor vivência do momento. Para essas mulheres a ambiência proporcionada pelo pré-parto trazia um desconforto e até mesmo uma exposição, visto que os leitos são separados por uma cortina que não impede a propagação de sons, gemidos e gritos, muito comuns nesse momento. Percebemos uma preocupação do residente que ao identificar a necessidade de promover mais privacidade para a mulher, sempre recorria ao seu preceptor para autorizar a transferência da usuária para a sala de parto, local considerado mais adequado para a permanência das mulheres em franco trabalho de parto.

A promoção da privacidade para as mulheres e seus acompanhantes, durante a assistência obstétrica, compõe uma das recomendações da OMS para o cuidado seguro e humanizado, sendo recomendada a promoção da ambiência, o respeito ao espaço em que ocorre o atendimento e a privacidade como um dos elementos que garante a individualidade do momento (OMS, 1996; OMS, 2014). A precarização desse elemento pode ser compreendida como uma violação do direito da mulher ao ser assistida e configura-se como uma das formas de VO vividas durante a assistência obstétrica no Brasil.

Presenciamos alguns partos que ocorreram no leito do pré-parto pela indisponibilidade de vagas na sala de parto. Percebemos a preocupação vinda da equipe, em especial do residente, de não expor aquela mulher que já estava em um ambiente que restringia sua privacidade. No entanto, a dinâmica do setor impedia uma assistência integral ao parto e essas situações traziam uma insatisfação em todos os envolvidos, em especial na mulher que se sentia invadida em seus direitos e desrespeitada na singularidade do momento do nascimento.

Para algumas mulheres, ouvir os gritos e os apelos proferidos pelas parturientes durante, os momentos de dor, transformava a permanência no pré-parto em um martírio que aumentava sua ansiedade e seu medo em relação ao parto. Isso era percebido em suas faces quando ouviam as outras mulheres vizinhas aos seus leitos, nos gestos de tapar os ouvidos, abaixar a cabeça e segurar fortemente a mão de seu acompanhante.

Nessa vivência, encontramos outra configuração atribuída para a relação de VO e cotidiano assistencial, quando não há uma individualização de sua demanda e o planejamento do cuidado centrado nas necessidades da mulher. Assim, os cuidados obstétricos deveriam buscar uma atenção centrada nas mulheres, no entanto “as mulheres no mundo inteiro continuam a ser excluídas da participação, na construção e avaliação dos cuidados recebidos” (SADLER *et al.*, 2016, p. 2).

A equipe assistencial não media esforços na tentativa de atender as demandas das usuárias, mas encontravam como barreiras: a falta de leitos para promover mais conforto e individualidade; a precarização dos processos assistenciais vindos principalmente da redução do quantitativo de profissionais diante das perdas ocorridas no último ano; o acúmulo de atividades que gera a sobrecarga dos profissionais e dificulta o atendimento das demandas assistenciais, refletindo em descontentamento para a equipe e para os usuários do serviço.

Ouvimos, dos residentes, frases como “É impossível sobreviver nesse caos!”, “Não sei se vale a pena estar aqui?!”, “É muito bom que vejam a situação que vivenciamos, quem sabe se vocês colocarem no papel, alguém consegue ouvir a gente”. Uma mistura de sentimentos oscilava nos instantes do plantão, havia claramente nos residentes uma satisfação por estarem ali atuando na especialidade que se identificavam e na Instituição que haviam escolhido, mas, ao mesmo tempo, eles estavam rodeados de incertezas, angústias e tristezas por acreditarem que

poderiam atuar além do que faziam se não estivessem sufocados pelas repercussões da crise vivida na Instituição.

Ao mesmo tempo, a consciência coletiva de que estavam ali ajudando na resistência da Instituição, faziam os residentes permanecerem firmes no objetivo de prestar a melhor assistência que estava ao seu alcance, sustentada no sentimento de pertencimento e afeto com o outro, sendo percebido isso tanto nos residentes da enfermagem obstétrica como nos de ginecologia e obstetrícia. Assim nos dizeres de Maffesoli “a vida pós-moderna, esboçando-se sob nossos olhos, é feita de afetos, de sentimentos, de excessos que nos dirigem mais do que os dominamos” (MAFFESOLI, 2001a, p.24).

Assim, caminhamos para a observação realizada na sala de parto. Nesse cenário, existem os quartos privativos denominados “PPP- Trabalho de Parto, Parto e Puerpério” onde são acolhidas as parturientes em fase ativa do trabalho de parto, onde são procedidos o acompanhamento do parto e a vivência do puerpério imediato.

A ambiência nesse local é um fator diferencial na assistência obstétrica, o setor é denominado “Centro de Parto Normal Helena Greco” (CPNHG), conta com cinco quartos, sendo três deles com banheira para alívio da dor e parto na água. O CPNHG é uma unidade intra-hospitalar, inaugurada em 2011, cujos quartos ganharam nomes em homenagem às mulheres marcantes na história: Maria Nazareth, Chica da Silva, Dona Beija, Adélia Prado e Yara Tupinambá.

Nos quartos há dispositivos para serem utilizados no estímulo ao parto vaginal e no alívio a dor com bola de pilates, chuveiro, banquinho meia lua, aro para apoio e cama que permite a verticalização da parturiente. Além disso, nesse espaço ocorre uma assistência multidisciplinar, com enfoque na atenção humanizada, favorecimento da presença do acompanhante em tempo integral, incentivo ao parto normal com intervenções restritas, oferecimento de métodos farmacológicos e não-farmacológicos para alívio à dor.

Acompanhamos diretamente a assistência promovida pelo residente de enfermagem obstétrica e o de ginecologia e obstetrícia, assistidos por seus respectivos preceptores. Vimos a atuação da doula comunitária que auxilia a mulher durante o processo parturitivo com suporte físico e emocional em ações como escuta da usuária e seu acompanhante, o auxílio nos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, a exemplo, o banho de chuveiro. Presenciamos as discussões

em equipe para o alinhamento de condutas assistenciais e tomada de decisões referentes a diferentes casos obstétricos.

Nesse setor percebemos uma atuação direta e permanente do residente de enfermagem obstétrica com a parturiente. Ele é responsável pela acolhida da mulher e seu acompanhante, permanece no quarto realizando os cuidados relativos à assistência ao parto, interagindo ativamente com os envolvidos, promovendo uma assistência pautada nas evidências científicas e sustentada nos pilares da humanização, como preconiza a PHPN, criado na Portaria nº 569 de 1/6/2000, que posteriormente transforma em PNH em 2003.

A OMS, em 2014, em seu texto sobre a prevenção e eliminação dos abusos durante o parto, preconiza que os serviços de saúde na atenção a mulher devem garantir a privacidade da mulher no trabalho de parto, no parto; reduzir os índices de cesariana, de episiotomia e uso de ocitocina; promover o parto e o nascimento norteados pela humanização; promover a participação do pai no momento do nascimento e o contato entre mãe e bebê imediatamente após o nascimento; estimular a amamentação na primeira hora de vida (OMS, 2014).

As ações mais frequentes repousam no oferecimento dos métodos não farmacológicos para alívio da dor, a ausculta dos batimentos cardíacos do feto, a mensuração das contrações uterinas, o apoio emocional e físico mediante às necessidades demonstradas pela mulher, a permanência ativa ao lado dela, cercando-a de cuidados que perpassam a obstetrícia reforçando a importância do vínculo, do apoio empático e do cuidado centrado na mulher. Nesse sentido é o *ser para o outro* (MAFFESOLI, 2007).

Percebemos que a referência para a mulher e seu acompanhante passa a ser o residente. Nos dias de observação percebemos um distanciamento do preceptor dos quartos onde permanecemos, o que nos trouxe inclusive a preocupação dessa ocorrência estar relacionada com o objeto de pesquisa que foi apresentado a equipe. No entanto, ao indagar os residentes sobre a presença do preceptor nos quartos eles afirmaram que “era assim mesmo, ele só entra no quarto na hora que está nascendo ou quando têm algum problema”.

Apesar de nosso estranhamento, para os residentes tanto da enfermagem obstétrica quanto da medicina, isso é algo comum e não é percebido como algo ruim ou gerador de problema. Inclusive os próprios residentes encaram a situação como algo positivo pois, segundo eles, a presença de certos preceptores podem prejudicar

as condutas que eles executam com a usuária, podem trazer situações de constrangimento quando são questionados de forma não respeitosa sobre a assistência ofertada, ou quando precisam realizar procedimentos que não pactuam.

Não foi incomum os residentes permanecerem durante todo tempo ao lado da usuária, sem terem o acolhimento do preceptor diante de situações corriqueiras como: uma dúvida frente à situação clínica; uma necessidade particular da usuária; uma decisão sobre determinado procedimento obstétrico a ser realizado, mesmo que o residente não concordasse com ele.

Nesse momento, surgiam os impasses entre preceptores e residentes que eram resolvidos pela imposição de um saber autoritário, vindo da figura do preceptor, que impunha sua decisão para o residente mesmo sem o consentimento e/ou concordância da usuária. “É o “dever-ser” que prevalece com tudo o que pode comportar de coerções a mais, dado que racionalizadas” (MAFFESOLI, 2001a, p. 27).

A figura de poder sustentada na presença do preceptor é fonte de constrangimento e angústia para o residente, que, em diferentes situações observadas, sofria por antecedência nos instantes que tinham de recorrer a autoridade para a decisão de alguma conduta clínica. Vivenciamos o sofrimento de alguns residentes antes de algumas discussões clínicas por já avaliarem como seriam recebidos pelos profissionais que estavam responsáveis pelo plantão.

Em algumas situações, eles permaneciam parados, em frente a uma escala afixada em um quadro de aviso olhando fixamente para os nomes dos profissionais que estavam de plantão e escolhendo quem seria a melhor pessoa para discutir a assistência àquela usuária.

Percebemos nesse comportamento uma estratégia para vencer as situações de possíveis atos de violência, tanto para com o residente como para com a mulher. Ouvimos dos residentes que eles escolhiam os preceptores que iriam discutir o caso para a sua proteção e da mulher, pois dependendo do plantonista eles poderiam viver situações que não seriam agradáveis para nenhuma das partes e culminariam nos atos de violência. Para Maffesoli (2001a), o processo de individualismo (centrado na figura do preceptor), numa perspectiva de não se pensar no outro como parte de um coletivo único, explica o fenômeno de poder contemporâneo e suas consequências, como as diferentes formas de violência, em nosso caso estudado, a obstétrica.

Assim, vivenciamos uma das estratégias utilizadas para o enfrentamento da violência pelos residentes, buscar apoio entre profissionais que são mais receptivos, evitando os embates com profissionais que não comungam dos mesmos pensamentos e condutas assistenciais. Dado esse também encontrado nos discursos analisados no grupo focal e nas entrevistas em profundidade.

Nesse momento os residentes tornam-se atores sociais possuidores de uma potencialidade para se reunir diante de um bem comum que envolve a assistência da mulher e o respeito as suas singularidades.

Durante a assistência ao nascimento os residentes permanecem sendo a referência da usuária nos cuidados realizados tendo uma interação limitada com alguns preceptores, que realiza uma vigilância das ações do residente. O residente torna-se o anteparo contra os atos de violência, colocando-se num lugar de responsabilidade pelas escolhas em uma atitude de coragem e, mais uma vez, enfrentamento da figura de poder.

Segundo os próprios residentes a insatisfação e medo, frutos das consequências da crise financeira na Instituição, fizeram com que as relações profissionais entrassem em conflito. Uma parcela dos funcionários do hospital não conseguiu apartar as dificuldades financeiras geradas pela crise do profissionalismo diário, refletindo diretamente no ensino exercido na residência e no cuidado assistencial prestado ao usuário.

Ressaltamos que essa postura não pode ser generalizada, pois acompanhamos profissionais extremamente éticos e comprometidos com um cuidado de excelência, humano e singular. No entanto, a parcela de funcionários que não conseguiu vivenciar a crise sem repercutir na qualidade do trabalho, afetaram diretamente o atuar em equipe e as rotinas assistenciais, de maneira perceptível para os demais colegas, residentes e a própria comunidade usuária do serviço.

Os esforços daqueles que acreditam na Instituição, e no trabalho por ela exercido, fizeram com que o atendimento fosse mantido mesmo diante de cada perda sofrida com o desligamento de alguns colegas; com a restrição do atendimento pelo fechamento de leitos de internação; com as dificuldades para a manutenção dos insumos diários e com a sobrecarga de trabalho advinda dos desfalques nas escalas dos plantões. É o tribalismo sustentando o “estar junto” nos

entrelaçamentos e interações quotidianas que declinam o individualismo e emergem o cimento social que sustentam as relações do ser no mundo e com o mundo.

5.1.5 O “Meio”: você entendeu por que chamamos aqui de “Faixa de Gaza”?

Acompanhamos a rotina de um setor dinâmico nomeado pelos residentes como “Meio”, mas reconhecido institucionalmente como setor “Bárbara Heliodora e Marília de Dirceu”.

Nesse setor, nós pesquisadoras vivenciamos diferentes situações que trouxeram reflexões acerca do objeto de estudo a VO e sua ligação com o processo formativo nas residências de enfermagem obstétrica e ginecologia e obstetrícia. Em congruência com as vivências da observação, os relatos dos residentes acerca da vivência da VO tendo, constantemente, referenciado este setor e suas particularidades, o que nos faz ser assertivas as impressões realizadas em campo.

Primeiramente, o que nos chama a atenção é a estrutura física do local. Existem dois quartos com duas camas hospitalares e dois bancos que se transformam em leitos. Nestes dois quartos são recebidas mulheres com diferentes situações clínicas e necessidades obstétricas a citar mulheres em situação de abortamento, mulheres com perdas fetais em idade gestacional avançada, mulheres com fetos vivos para iniciar indução de trabalho de parto.

Há também uma pequena sala conhecida como litotomia que contém uma mesa que é utilizada para pequenos procedimentos e uma estrutura semelhante ao bloco cirúrgico. Algumas parturientes que após a identificação de distócia do trabalho de parto são encaminhadas para a realização de procedimento mais específico, como a passagem do fórceps. Nessa mesma sala são realizados os procedimentos de curetagem uterina nas usuárias diagnósticas com abortamento.

Os quartos são dispostos próximos a uma mesa que permanece a secretária da maternidade e o local serve como apoio para a escrita nos prontuários e discussão clínica dos casos. Um dos quartos está intimamente em comunicação com a sala de litotomia, pois não são separados por partes completas e sim estruturas de madeira que não chega até o teto. Ao final do corredor encontra-se a “Sala de conforto médico” que é utilizada para o descanso da equipe médica tanto de ginecologia quanto de anestesiologia. No lado oposto, têm-se um corredor que

liga este setor a sala de parto e ao bloco obstétrico em que são realizadas as cirurgias, a exemplo a cesariana.

Uma constante neste setor é o barulho excessivo que vem das conversas nos corredores, na mesa da secretária e no conforto médico que excedem em alto tom; a exposição das diferentes situações clínicas que estão aguardando por atendimento já que o setor não possui um local para a discussão clínica; o alto fluxo de profissionais que transitam pelo setor.

A passagem de plantão e as discussões dos casos ocorrem em tom alto o que permitia que as pacientes e seus acompanhantes partilhassem das histórias uns dos outros. Para tornar esse fato ainda mais agravante algumas posturas não éticas foram vivenciadas, como: expor casos de abortamento referindo a mulher de forma pejorativa e preconceituosa, não respeitar as situações de perda fetal por possuírem uma idade gestacional considerada pequena sem ponderar as questões emocionais da usuária e de seu acompanhante, realizar comentários inadequados sobre as pacientes internadas.

Inclusive é comum conversas sobre outros assuntos que não dizem respeito às questões da assistência e sim da vida pessoal dos profissionais da Instituição. As pessoas dialogavam sobre assuntos diversos mesmo em momentos de choro e comoção de algumas usuárias e seus acompanhantes, o barulho permanecia elevado com conversas e utilização de celulares, sendo essa postura fortemente adotada pela equipe médica e seus residentes.

Outra questão que nos chamou atenção diz respeito à alta rotatividade de pacientes que, constantemente, são remanejados de lugar para o gerenciamento dos leitos. Em alguns momentos o mesmo leito é ocupado por diferentes usuárias ao longo do plantão, dificultando o conhecimento da situação clínica de todas e a formação do vínculo, o qual possibilita a assistência integral e o gerenciamento dos possíveis riscos presentes nas diferentes condições clínicas vivenciadas.

No entanto, o que mais nos impactou é a falta de privacidade das usuárias que permanecem internadas no setor devido a ambiência precarizada pelas características apresentadas. Num ambiente que recebe usuárias em situações tão delicadas, com questões emocionais e psíquicas que envolvem a perda fetal, necessitaria de um mínimo de acolhimento e privacidade para a vivência desse momento de forma menos traumática e mais acolhedora. A associação da VO com a falta de privacidade já foi levantada como problema no cenário anterior e encontra-

se novamente aqui estabelecido, sendo objeto de preocupação e grande potencializador para os atos de violência que poderíamos deparar.

Diante desse cenário, nossos olhares da observação atentaram para o comportamento dos residentes das diferentes especialidades frente às atividades assistenciais realizadas no setor. Os residentes da enfermagem realizam acolhimento humanizado, priorizando a escuta e trabalhando para suprir as demandas provenientes das mulheres e seus acompanhantes como, por exemplo, responder a perguntas diversas sobre procedimentos, expectativas e possíveis complicações. O encerramento do acolhimento e atendimento realizado pelos residentes de enfermagem é determinado, em muitos casos, pela demanda do paciente, tendendo a serem mais prolongados.

Havia uma preocupação com o bem-estar psicológico das mulheres e seus acompanhantes, sendo esta demanda observada pela equipe de enfermagem e seus residentes que se dispunham a solicitar auxílio das demais especialidades, a exemplo da psicologia, sempre que julgavam necessário. Os procedimentos realizados pelos residentes de enfermagem obstétrica sempre eram precedidos de informações sobre eles, respeitando o tempo necessário para a sua realização quando autorizado pela mulher.

Para minimizar a falta de privacidade os residentes de enfermagem obstétrica, sempre que se dirigiam à presença da mulher permitiam que ela decidisse pela presença ou não de seu acompanhante durante o procedimento, as portas eram fechadas para que não ficassem expostas e eram cobertas por lençóis, minimizando sua exposição e deixando-as mais confortáveis. Esse ato, porém, não foi percebido nas demais equipes, o ato de tocar a mulher foi realizado em um quarto na frente das demais pacientes sem que seu desejo fosse levado em consideração, sem que fosse oferecido um lençol ou um biombo para que ela se sentisse mais resguardada.

No que tange ao comportamento dos residentes médicos, percebemos que o acolhimento não acontece da mesma maneira. As informações dadas aos pacientes nem sempre supriam suas demandas, fato este que pode ser observado quando do término do acolhimento desta equipe, ainda ser solicitado por parte da mulher ou de seu acompanhante informações adicionais à equipe de enfermagem. Não foi perceptivo o empenho desta equipe em escutar qualificadamente as demandas

oriundas das mulheres, não apenas pela mecanização do atendimento como pelo conhecimento superficial dos casos.

Um dos fatores que nos chamou atenção foi a permanência dos residentes de enfermagem obstétrica no setor durante todo o período da observação, tendo como referência um preceptor da sala de parto. Tivemos pouco contato com os preceptores de referência que ficavam no local nos momentos de discussão clínica, ou quando são solicitados para reavaliar alguma usuária diante de algum questionamento por parte do residente. A referência da usuária permanece sendo o residente que durante o plantão procura suprir suas diferentes demandas assistenciais.

Percebemos nos residentes, tanto de enfermagem obstétrica como nos da medicina, uma carência da presença efetiva do preceptor no setor, vivenciadas nesse cenário: “Aqui é um setor que deveríamos ter o preceptor ao nosso lado, são muitas situações diferentes e que ficamos inseguros sem ter alguém que possa atender quando chamamos”; “Eu tenho medo de estar aqui, pois me responsabilizo por muita coisa que não tenho maturidade para responder”; “Aqui nesse setor a gente aprende muito, mas acho que se o preceptor estivesse ao nosso lado aprenderíamos muito mais”.

As relações profissionais tornam-se fragilizadas pelas características descritas nos parágrafos anteriores e criam diferentes atritos durante o plantão. Com especial atenção, para a carência de organização dos processos assistenciais o que prejudica a assistência prestada e trazem insatisfação no cuidado oferecido, percebido no comportamento demonstrado pela equipe e pelas usuárias internadas.

Em um momento de divergência entre o residente de enfermagem e enfermeira obstetra responsável, sobre se o procedimento do toque vaginal deveria ser realizado ou não, prevaleceu o desejo do profissional preceptor, porém não houve uma justificativa embasada para que o mesmo se desse, apenas foi informado à residente que ela deveria realizá-lo. Para Maffesoli essa atitude pode ser desvendada na ótica do “conformismo lógico” que

favorece a preguiça intelectual e as diversas formas de inquisição, engendradas em todos os tempos por esse instinto de preservação que faz preferir o aprisionamento dogmático ao vasto espaço dos pensamentos amplos (MAFFESOLI, 2010b, p.19).

Assim os residentes têm cerceados a possibilidade de discutir para além do cumprimento de uma ordenança, limitando o pensamento clínico crítico e reflexivo. Esse ato reforçou a observação sobre a ausência de um momento reservado para o ensino, não entrando no mérito de haver ou não a necessidade de a mulher ser tocada, mas sim da falta de orientações que contribuíssem para crescimento da residente e a possibilidade da discussão conjunta daquela situação clínica.

Essa peculiaridade encontrada nesse setor afasta uma característica fundante dos princípios da formação em serviço proposto pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009, que rege as residências multiprofissionais e estabelece que o residente é um profissional em aperfeiçoamento, sob orientação de outros profissionais, que se utilizam estratégias pedagógicas para promover cenários de aprendizagem integrando ensino-serviço-comunidade e refletindo sobre o saber e o fazer no quotidiano assistencial em saúde (BRASIL, 2009).

A tomada de decisões clínicas em muitas situações está apoiada em seus pares, colegas residentes, que em algum momento já vivenciaram situações semelhantes e conseguem orientar seus colegas nas melhores condutas a serem adotadas. Comportamento semelhante ao que foi observado na sala de parto também encontramos nesse setor, os residentes escolhem quem são os preceptores que podem discutir determinada situação como forma de prevenir e proteger as mulheres dos atos de violência e de possíveis conflitos que possam surgir diante das condutas a serem adotadas.

Essa atitude aproxima-se da noção proposta por Maffesoli de “*solidariedade orgânica*” que permite um melhor viver societal e a superação dos grandes problemas que permeiam o quotidiano (MAFFESOLI, 2008b; MAFFESOLI, 2001a), em nosso caso o apoio daqueles que comungam dos mesmos ideais e formas de pensar as questões obstétricas. Como destaca o autor “o pensamento mecânico, raciocina, o orgânico, ressoa” (MAFFESOLI, 2010b, p.98).

Durante um plantão noturno em que a residente de enfermagem obstétrica estava no setor tendo como referência um enfermeiro da sala de parto, observamos um extremo desconforto ao descobrir quem seria o seu preceptor. Ela exclamou: “Nossa já sei que terei problema nesse plantão, essa pessoa (nome do preceptor) sempre trata a gente residente como se fosse cachorro, a gente resolve tudo aqui sozinho e quando têm uma dúvida e vai perguntar para ele não é bem recebido nunca” e continuou dizendo “ele é um dos que mais reclama da crise do hospital,

outro dia ele pegou o plantão dizendo que só iria trabalhar 30%, pois era isso que ele tinha recebido”.

Em particular, ouvimos uma fala de um residente remetendo ao nome dado nos bastidores ao setor como “A faixa de gaza”. Num primeiro momento não entendemos a conotação dada a essa assertiva, mas, ao logo das horas observadas, compreendemos que todas as particularidades que se encontram quotidianamente no setor, trazem sentimentos depreciativos aos que ali estão atuando e subsistem nas dificuldades encontradas por aqueles que buscam melhorar a assistência.

Em um determinado momento da observação uma residente nos abordou assim: “Você entendeu por que chamamos aqui de “Faixa de gaza”?!, quando se inicia um plantão nunca sabemos se iremos sobreviver ao caos e nunca sabemos o que iremos encontrar. Temos que esperar por tudo e nos preparar para tudo o que vier! Eu temo por estar aqui!”. Esse temor também foi identificado nas entrevistas em profundidade em que o “Meio” estava fortemente atribuído a vivência das principais questões relacionadas à VO e produzia nos residentes, sentimentos vinculados as incertezas, aos riscos da exposição, a precariedade no apoio as condutas realizadas nesse setor e a insatisfação com a assistência que era oferecida as usuárias e seus acompanhantes.

A analogia entre o setor e a Faixa de Gaza nos remete a um espaço de conflitos, insegurança, tensão e medo. A Faixa de Gaza é composta por uma estreita faixa de terra no Oriente Médio que concentra grande número de refugiados palestinos que foram expulsos de Israel. Possui um território densamente povoado sem recursos estruturais o que faz a população conviver continuamente com a escassez de recursos hídricos e subsídios alimentares. Atribui-se a característica de ser uma terra extremamente conturbada, fruto da constante disputa entre Israel e Palestina, sendo cenário de conflitos armados e disputas militares. Assim, as vivências encontradas no setor configuram uma aproximação analógica aos conflitos no território palestino tornando-se essa analogia muito próxima do quotidiano experimentado pelos residentes.

A insatisfação das usuárias também foi percebida, principalmente o desconforto das mulheres que passavam por situações de abortamento e ouviam no mesmo local o nascimento de fetos vivos na sala de litotomia. O momento do choro de um recém-nascido era seguido pelas reações das mulheres que estavam nas

outras salas com lágrimas, desvio do olhar e mesmo a tentativa de tapar os ouvidos para não ouvirem o que elas queriam ouvir em sua condição clínica.

Pontuamos que a carência de acolhimento da mulher em situação de perda gestacional torna-se a grande dificuldade desse setor, o que necessita de intervenções para a transformação da assistência prestada e o acolhimento das demandas que permeiam o emocional e o psíquico dessas usuárias.

A reorganização do setor em termos de estrutura física, do quantitativo de profissionais, dos processos assistenciais e do cuidado realizado torna-se imprescindível e emergente. É o que Maffesoli denomina como o “Apocalipse”,

em seu sentido mais primordial é aquilo que apela à revelação das coisas. Portanto, ele não é incoerente. Mas, sim, incoativo ao expressar o necessário (re)começo daquilo que se esclerosou. O aperfeiçoamento daquilo que estava amortecido. O que dá nova força e vigor às instituições enlanguescidas (MAFFESOLI, 2010b, p.22).

Os resultados desses esforços repousarão na melhoria das relações profissionais entre seus diferentes atores incluindo residentes e preceptores; nos avanços para a qualificação do cuidado que é oferecido com alvo na humanização e no respeito à dignidade da usuária; na integralidade da assistência e no aumento da satisfação dos profissionais e dos usuários que ali se encontram quotidianamente.

5.2 Minha concepção, nossas concepções: os diálogos e as significações atribuídas à violência obstétrica pelos residentes

A primeira categoria da tese reúne as diferentes concepções que os residentes atribuíram para a VO, explicitando suas possíveis explicações para a ocorrência desse fenômeno no cenário de assistência obstétrica no Brasil.

A categoria encontra-se subdividida em duas, sendo na primeira intitulada "As diferentes interfaces de uma ampla concepção constituída sobre a violência obstétrica" são discutidas as peculiaridades atribuídas para a concepção de VO com ênfase para a amplitude originária de seus diversos significados que expressam às vivências dos residentes e o forte componente que emerge nas falas com a associação da violência com o desrespeito às necessidades, aos desejos, ao protagonismo, a autonomia e ao corpo da mulher.

As questões de ordem estrutural/organizacional são elencadas pelos participantes como parte de um sistema que propiciam os atos de violência e que são difíceis de serem modificados no cotidiano da assistência. Alguns exemplos são enunciados como a falta de leitos para o atendimento e o excesso de demandas assistenciais que ao olhar dos residentes impossibilitam à construção de uma assistência de qualidade a mulher.

Na segunda subcategoria nomeada "As possíveis explicações vinculadas à existência e perpetuação da violência obstétrica no cotidiano" discorreremos sobre algumas justificativas expressas nos discursos para a permanência da VO no cenário de atenção obstétrica. Foram reconhecidas questões associadas: aos aspectos culturais, a invisibilidade do fenômeno no cotidiano assistencial, a vulnerabilidade dos envolvidos e o agir profissional com suas implicações para a ocorrência dos atos de violência.

Ao discorrerem as possíveis explicações, uma questão relevante nas falas e a associação entre a VO e a falta de conhecimento das mulheres e da sociedade sobre o assunto. Por não reconhecerem as diferentes facetas desse problema elas estão mais vulneráveis a sua ocorrência, sendo elencada a possibilidade de inclusive solicitarem a realização de determinados procedimentos violentos e ficarem gratas após sua efetivação.

Encerramos a categoria com uma discussão polêmica sobre a violência como algo pertencente ao cotidiano assistencial, sendo nomeados por alguns residentes

como necessária e justificável em algumas situações obstétricas.

5.2.1 As diferentes interfaces de uma ampla concepção constituída sobre a violência obstétrica

A escrita dessa categoria nasceu do questionamento proposto aos residentes sobre qual a noção que possuíam sobre VO, foram enunciadas diferentes características que delineavam vários significados e interpretações ao fenômeno estudado. Buscando compreender quais eram essas noções, percorremos os discursos agrupando as falas que notoriamente possuíam similaridade em seus significados.

Primeiramente, trazemos um elemento comum em várias entrevistas e que traduzem a VO como uma noção extremamente ampla e repleta de peculiaridades que devem ser observadas e valorizadas. Os relatos expressam que não é bem definida ou a definem como falta de respeito, desprezo, agressão, invasão, ofensa. Apontam-na como subjetiva e que está relacionada à cultura, à classe social, ao aprendizado de vida e à formação acadêmica. Assim,

O grupo trouxe conceitos de violência obstétrica muito amplo, o que eu concordo bastante. Acho que na medida em que vamos aprofundando na área, especializando, vamos reconhecendo cada vez mais o quanto as usuárias e nós, profissionais, temos que aprender sobre a violência obstétrica. **P1 (GF1)**

Às vezes, como a ideia de violência obstétrica é muito ampla, cada um vai ter um pensamento do que é, do que não é, do que você acha ser. Isso vai mudar de um para o outro, porque cada cabeça é um mundo! A gente fica julgando os outros pela nossa perspectiva e isso é difícil. Porque é algo muito amplo e precisamos abrir realmente esse conceito. [...] Às vezes, cada um vai ter um pensamento do que é, do que não é, do que você acha ser. Isso vai mudar de um para o outro, porque cada cabeça é um mundo! A gente fica julgando os outros pela nossa perspectiva e isso é difícil. **P3 (GF1)**

Eu, particularmente, eu tenho muita dificuldade de definir o conceito de violência obstétrica, porque se eu me colocar enquanto mulher, que posso ser violentada, que vejo outras mulheres na situação no ciclo gravídico e puerperal, sendo violentadas, a visão profissional me atrapalha muito. Eu, enquanto profissional, enxergo a situação de violência obstétrica, mas eu penso que essa violência; não é muito bem definida. **P7 (GF1)**

Porque violência obstétrica pode ser uma técnica, um ato, uma palavra ou várias coisas. Diz da pessoa enquanto pessoa, do que enquanto profissional, no meu ver. Estou aprendendo não somente técnicas, talvez outras coisas que não sejam as técnicas sejam muito mais importantes! As palavras, os atos, os olhares, os cheiros, os gostos, as sensações. [...]

Depois que eu entrei pra área da saúde da mulher, agora enfermagem obstétrica, esse conceito vem cada dia mais se ampliando. Para mim é um conceito muito amplo porque envolve tanto o profissional, que tá ali diretamente praticando algum ato de violência obstétrica, tanto quanto ferramentas mesmo de gerência, de estruturas. **P1 (E)**

A violência obstétrica, ela, na origem dela, ela é muito maior, ela é uma violência de gênero, que é uma coisa muito importante. **P12 (GF1)**

Está relacionada, eu acho que com a violação do direito à saúde. Então, a gente pode ampliar muito essa definição de violência obstétrica, violência à mulher. Passam por uma série de aspectos que a gente que está no sistema público de saúde em construção, com uma limitação grande, talvez, de gestão, de financeiro. [...] Acho que a gente chegou a um ponto que a gente tem que concordar que violência é uma definição subjetiva, a percepção da violência é subjetiva, está relacionado à cultura, a classe social, o aprendizado de vida, a formação acadêmica. **P13 (GF1)**

É qualquer atitude física ou psicológica que agrida, que invada, que ofenda. **P16 (GF2)**

É um tema muito abrangente, talvez até situações que a gente nem imagina que é, às vezes, é violência obstétrica. Por exemplo, a gente nunca tinha se deparado e não conseguir um espaço individual pra uma mulher, por conta da infraestrutura do hospital, é uma violência obstétrica. Mas é uma violência obstétrica, porque você está indo contra o direito dela de ter uma assistência diferenciada. **P6 (E)**

Então, pra mim, a violência ela começa no corpo, sabe, no olhar, pequenos gestos, pequenas falas, pequenos toques. [...] Então, a falta de respeito em relação ao corpo, a questão de elementos culturais, pessoais, intrínsecos àquela usuária. [...] A violência obstétrica ela ocorre nos mínimos detalhes. Seja um olhar de desprezo, seja no falar para não gritar, que está fazendo a força errada! A violência obstétrica pode ocorrer sutilmente, nas pequenas palavras, frases que parecem ser delicadas e usadas para ajudar. Ela (a violência obstétrica) pode ser muito rudimentar, rígida, física, é muito amplo o conceito. **P15 (E)**

Bom, eu acho que violência obstétrica é tudo aquilo que fere a mulher fisicamente, emocionalmente, com palavras, e gestos. É um conceito mais amplo. Tudo que a fere como mulher, como mãe, como esposa, como cidadã. **P20 (E)**

A violência obstétrica vai muito além das coisas que a gente ouve e vê acontecer. Então pode ser que, pra mim, uma atitude seja violência obstétrica, mas outra pessoa não entenda aquilo como violência obstétrica. **P21 (E)**

Para alguns residentes há uma dificuldade de sintetizar a VO em um conceito visto a amplitude de ações em que sua ocorrência pode estar contemplada, sejam em mínimos detalhes às grandes questões do cotidiano da atenção obstétrica.

No entendimento do residente ao conceituar a VO é importante vislumbrar as questões organizacionais do sistema de saúde às singularidades da assistência que são traduzidas em um olhar, uma fala, um gesto, um cheiro, uma técnica, um toque dos profissionais de saúde sob o corpo da mulher, sob o momento que vivenciam a

assistência.

Perpassam por elementos de ordem cultural, emocional, física e psíquica num complexo movimento de buscar compreender o universo que é particular do outro e aproximar a assistência prestada desses elementos sem ultrapassar os limites que são estabelecidos por essas subjetividades de quem que está sendo assistido.

Validando a assertiva anterior “a diversa tipologia, momentos de ocorrência, interpretações e atores envolvidos em situações de violência no parto institucionalizado, demonstram o caráter multidimensional e multifatorial do fenômeno” (MARRERO, BRÜGGEMANN, 2018, p.1224). Sadler e colegas (2016) afirmam em seu texto que a VO tem peculiaridades que a diferem de outras formas de violências na assistência a saúde, já que o evento parto deveria ser visto com algo fisiológico, íntimo, sexual e social peculiar.

Essa definição percorre pelas concepções que os próprios sujeitos possuem sobre a violência e suas formas de existência no cotidiano, possuindo variações mediante o olhar seja daquele que violenta e do que recebe a violência. Indo além das conotações físicas e invadindo as instâncias mais profundas do ser humano, seu emocional, seu psíquico, suas concepções e sua singularidade.

Esse universo de significações remete a ampliação inclusive para além das *concepções consideradas clássicas*, fechados e que se fazem presentes na rotina da assistência. Conforme verbalizados pelos residentes:

Justamente pelo conceito de violência obstétrica ser muito amplo as pessoas, os profissionais da área da saúde da mulher não param para refletir diariamente nessa prática da violência obstétrica na instituição e fica muito limitado ao ato do Kristeller, da Episiotomia, sabe? Não vê o lado sistêmico da violência obstétrica. **P1 (GF1)**

Então, é um ciclo de coisas que culminam numa conceituação muito maior do que apenas uma palavra, um agir, um processo de cuidado entre mulher e profissional. É um conceito abrangente que envolve vários aspectos de visão do que é, do que as pessoas entendem. Não só os profissionais da saúde, mas o que as pessoas entendem como sendo violência! **P10 (GF1)**

É bem mais amplo do que realmente as manobras que todo mundo acha que são violências. Muitas pessoas acham que só a manobra de Kristeller e a Episiotomia são violências e que o resto todo não configura violência. **P14 (GF2)**

Então, acho que devemos ficar mais atento que a violência obstétrica não é só a episiotomia, o Kristeller e algumas intervenções. Ela é algo que abrange muito, muito mais do que a gente imagina. [...] Porque nós profissionais dizemos que não estamos fazendo violência obstétrica porque nossa taxa de episiotomia é baixíssima, porque não fazemos Kristeller, porque não fazemos isso ou aquilo. Mas, a prática da violência obstétrica,

às vezes, é inconscientemente. Às vezes, inconscientemente você pratica ou o seu colega pratica violência obstétrica. **P6 (GF1)**

Então, acho que é um conceito muito complexo. Para mim, a violência obstétrica é tudo aquilo que a gente faz para a mulher, sem ter sua autorização, sem o respeito. Vemos muito configurando como violência obstétrica, por exemplo, somente a manobra de Kristeller, Episiotomia sem indicação. **P9 (E)**

Os residentes apontam a necessidade de os profissionais de saúde compreenderem que a VO ultrapassa as violências consideradas clássicas traduzidas em uma manobra de Kristeller ou na realização de uma episiotomia de rotina.

Para Lansky e colaboradores (2019, p. 2813) “no contexto brasileiro há grande influência cultural sobre a percepção do nascimento na sociedade relacionada ao excesso de utilização de procedimentos”.

Os escopos dos atos considerados como violências no cenário obstétrico encontram-se nas descrições das ações negligentes, discriminatórias, desrespeitosas e abusivas que são estabelecidas nas relações de poder, principalmente, sustentado por profissionais de saúde no cenário público ou privado de assistência. As ações ferem a mulher enquanto sujeito de direitos por acometerem o seu corpo ou a sua sexualidade, seja de forma direta ou indireta (PICKLES, 2015; VACAFLOR, 2016; RODRIGUES, *et al.*, 2017; ZANARDO *et al.*, 2017; JARDIM, MODENA, 2018, LANSKY *et al.*, 2019).

Para Guillén (2015, p. 114) nos cenários de atenção obstétrica encontramos a triste realidade das mulheres

seminuas na presença de estranhos muitas vezes sozinhas em espaços desconhecidos nos quais não exercem nenhum poder em posição de total submissão: com as pernas abertas e levantadas nas pernas com os seus órgãos genitais expostos e em jogo estão as suas vidas e de seus filhos.

A dimensão subjetiva e individualizada do que é violência para o sujeito amplia suas noções. Torna-se necessário discutir as dimensões da VO para conseguirmos particularizar as ações de cuidado tendo como balizador as concepções advindas do contexto social, cultural, emocional em que a mulher é pertencente.

No entanto, os residentes não desconsideram a VO atribuída às violências nomeadas como clássicas em seus procedimentos desnecessários no cotidiano

assistencial. Segundo as falas, VO

É utilizar intervenções desnecessárias sem o consentimento dela. Fazer alguma conduta sem o consentimento, sem ela saber os riscos e os benefícios para ela e para o bebê. **P6 (GF1)**

Então, eu acho que a violência obstétrica ela surge, ela vive no cenário da maternidade agarrada em pequenos detalhes, às vezes grotescos, que já são legitimados e entendidos pela gente como a própria Manobra de Kristeller, as várias episiotomias desnecessárias. Mas eu acredito que ela acaba ocorrendo também, em questões muito sutis. Não permitir que o acompanhante a acompanhe em determinados setores do hospital, permitir somente que entre na hora que está realmente nascendo o bebê, permitir que durante todo percurso do trabalho de parto ela fique sozinha. **P15 (GF2)** São procedimentos desnecessários também, só pelo fato de ele ser desnecessário já é uma violência. **P18 (GF2)**

Tem as básicas que tem em muitos hospitais. A mulher ser submetida à manobra de Kristeller. É uma manobra que não tem nenhuma evidência boa, é proibida até por lei, mas alguns lugares ainda fazem. **P6 (E)**

Ah, para mim, tem muitas clássicas. A primeira que me vem é fazer a episiotomia de rotina. Mas tem outra que muito me incomoda que é dizer para a uma mulher, por algum exame ou por alguma coisa no pré-natal, num toque vaginal que achou muito apertado o canal e você não vai ter parto normal, você só presta para cesariana. **P10 (E)**

Empurrar a barriga de forma que se cria um empirismo de achar que o bebê irá vir mais fácil. Em relação a isso, para uma mulher, que está em período expulsivo ou em trabalho de parto, com várias contrações isso é uma dor absurda e vai ser um cenário de violência absurda para aquela mulher. **P15 (E)**

Eu acho que essas falas que diminuem a mulher, sua dor, são mais constantes do que uma agressão. Falas cotidianas “Na hora você não chamou a sua mãe”, essas usuais que a gente escuta falar na televisão. **P20 (E)**

Na minha cidade, no meu contexto de formação a assistência obstétrica ela é bem diferente daqui. [...] Fazem episiotomia sem nenhuma necessidade, sem nenhuma indicação, enfim horrível! Eu já assisti aquele monte de gritos, porque era paciente gritando e a equipe gritando com ela. [...] A gente já viu muitas violências mascaradas como sùtis: “Ah, me deixa ver se tu estás tendo contração.” Aí, coloca a mão na barriga da paciente e faz um Kristeller. “Ah, não, eu estou só vendo a contração”. **P21 (E)**

Alguns pontos nos chamam atenção para a caracterização dos procedimentos considerados como violentos, eles são identificados como: desnecessários, não consentidos, sem sustentação científica, horríveis. Há um reconhecimento que esses procedimentos fazem parte da rotina obstétrica em seus diferentes cenários em algumas situações são mascarados pelo falso pretexto de ajudar a mulher naquele momento, sendo essas características discutidas mais adiante nessa categoria.

Cabe nesse momento recordar a proposta da OMS (2014) de estratificação em cinco categorias para os atos considerados abusivos e desrespeitosos sendo reconhecido: 1. Intervenções e medicalização rotineira e desnecessária (para a mãe ou o bebê); 2. Abuso, humilhação e agressão verbal ou física; 3. A falta de insumos, instalações inadequadas; 4. Práticas realizadas por residentes e profissionais sem a permissão da mãe após informações completas, verídicas e suficientes; 5. A discriminação por motivos cultural, econômico, religioso, étnico.

Os esforços para o reconhecimento da VO enquanto fenômeno existente e identificável no cotidiano da obstetrícia são declarados em outros textos que os enquadram nos atos de: violência verbal, violência física, violência psicológica, violência sexual, discriminação social, negligência na assistência e o uso inadequado de procedimentos e tecnologias (ANDRADE, *et al.*, 2016; RODRIGUES *et al.*, 2017; ZANARDO *et al.*, 2017; JARDIM, MODENA, 2018).

Um substantivo amplamente presente nos grupos focais e nas entrevistas e que ressignificava a VO para os residentes foi: o desrespeito. Os participantes apresentaram várias configurações que conceituam as situações vivenciadas de violência e que decorrem de atos de desrespeito. A primeira configuração apresentada diz respeito às necessidades da mulher. Desta maneira, VO

É não respeitar a intimidade da mulher, de tocar, de expor ela diante de outras pessoas, de não aceitar qual é o desejo dela ou respeitar a escolha dela. **P2 (GF1)**

Eu enxergo de forma muito particular e muito individualizada. Eu não vejo a violência obstétrica de uma forma generalizada, cada mulher é violentada de uma forma de acordo com as crenças pessoais, a vivência dela, a vivência familiar. Aí eu vejo que como a gente aprofunda muito pouco nesse cuidado e no conhecimento daquela mulher, daquela família, a gente comete vários atos de violência contra ela porque não conseguimos enxergar essas dimensões na nossa assistência. **P7 (E)**

É o querer encaixar, não respeitar a individualidade tendo que encaixar ela na simples regra do: aqui só fica uma pessoa. O que iria interferir naquele momento? **P10 (E)**

Em outra interface encontramos o desrespeito atrelado a não realização dos desejos manifestos pelas mulheres. Sendo assim,

Eu entendo como qualquer atitude que vai contra o desejo dela ou que vá prejudicá-la. **P18 (GF2)**

Mas, às vezes, também, a mulher sabe, ela não quer, mas ela é obrigada a passar por aquele procedimento contra a vontade dela. **P16 (GF2)**

É deixar a mulher sozinha, não escutar a demanda e os desejos da mulher.
P9 (E)

Um exemplo que me incomoda profundamente e que tem a ver com as relações é o simples fato da mulher não poder gritar na hora que o bebê tá nascendo. Aí a profissional: fala não grita, direciona a sua força, bota o queixo no peito e empurra o seu neném. Qual o problema de ela gritar? Ela não tá incomodada com o grito, quem tá incomodado é o profissional. Então, ele quer colocar no parto da mulher uma coisa que incomoda somente a ele [...] não parece, não é tão visto como violência mas isso atrapalha às vezes no andamento do parto porque a mulher deixa de fazer a força do jeito que ela estava acostumada a fazer e muda porque outra pessoa quer. Interfere na evolução do parto, acabou com o clima do parto. Isso para mim é uma pequena conduta que já é violenta, essas sutilezas são para mim negligenciadas e são extremamente importantes pra a gente considerar que você tá sendo uma pessoa invasiva naquele momento. **P10 (E)**

Hoje eu já vejo que violência obstétrica é tudo que afeta aquela mulher, tudo. Deixar uma mulher de jejum 24 horas e não fazer a cesária dela porque teve urgência, é violência obstétrica também. É deixa-la sozinha, não responder às dúvidas que ela tem, não ter ninguém dentro do quarto com ela. **P18 (E)**

Eu acho que violência obstétrica é tudo que fere o direito da mulher, ou que a expõe a uma situação de risco ou que não respeita a opinião e o seu desejo, é uma violência obstétrica. [...] Quando se fala em violência obstétrica geralmente te remete a um ato mais violento, só que as situações de violência emocional, psicológica também acontecem. Eu acho que isso se enquadra em fazer coisas contra a vontade da mulher. **P19 (E)**

Os desejos expressos pela mulher não são acolhidos pelos profissionais que desempenham o cuidado, seja ao não permitir seu grito durante um momento de dor, ao manter a usuária em jejum mais do que o necessário, ao realizar determinada conduta ou procedimentos contrários a sua vontade e inclusive de forma não consentida.

O trabalho cotidiano na saúde é sustentado pelas relações pessoais já que o objeto de atuação em que se desenvolvem as ações cotidianas são seres humanos detentores de desejos, (inter)subjetividades e concepções que devem ser respeitadas e acolhidas (AGUIAR, 2017).

O pensamento unicamente tecnicista que desconsidera a mulher como sujeito de direito aproxima-se do que Maffesoli (2008b, 2010a) propõem como *atitude intelectualista* que visa a separar o certo do errado, o bem do mal sem considerar as interações contínuas entre os elementos fundantes do societal e as correspondências existentes entre “*interior e o exterior*”, “*o visível e o invisível*”, “*o material e o imaterial*”.

Um dos desejos manifestos por elas sendo em diferentes situações não atendido é a realização do procedimento de analgesia. Os residentes identificam esse desrespeito como uma forma de violência na assistência obstétrica.

Eu acredito também, que é falta de respeito com a dor da mulher, de deixá-la às vezes sofrer muito, mesmo que ela peça anestesia, que é um direito dela. Isso também, pra mim, é violência, né?! **P2 (GF1)**

A questão da analgesia, no começo eu achava que era uma coisa, às vezes, que a mulher poderia segurar mais, aguentar a dor por mais tempo. No começo da residência eu era mais resistente com questão da analgesia, mas hoje eu vejo o quanto ela pode ser boa em algumas situações para a mulher. Em situações em que ela tá muito tensa, muito cansada, precisa de um tempo mesmo pra ela descansar [...] então, hoje eu percebo que depende de cada mulher. Ela tem o direito de escolha mesmo, eu explico os riscos, os benefícios e ela quem decide se quer ou não [...] porque, às vezes, tá muito cheio o plantão tem muitos pacientes pra fazer analgesia então à gente procura aliviar a dor de outra forma oferecendo os métodos não farmacológicos, massagem, chuveiro, banheira. **P2 (E)**

Eu acho que dor é uma violência [risos] a paciente pedir analgesia e não receber [...] o exemplo de ela pedir analgesia e não conseguir. Você tem que fazer uma avaliação pós-parto com ela gritando de dor. Tem hora que a gente vira pra elas e fala: "Dói mesmo, mas à gente tem que fazer". É violência. **P18 (E)**

A analgesia configura-se como um método farmacológico para alívio da dor durante o trabalho de parto, sendo um direito assegurando nas evidências científicas para toda a parturiente que assim desejar.

As evidências científicas apontam que atender a mulher em seu desejo por analgesia é promover a humanização da assistência e o respeito às necessidades da mulher (WHO, 2018). Sendo assim, quando o profissional recusa a ofertar o procedimento no momento que é solicitado, ele viola um direito da parturiente e desqualifica a assistência praticada.

Caminhando pelas configurações do desrespeito encontramos a sua ligação com a ausência do protagonismo e autonomia da mulher. Assim,

Então, para mim é violência obstétrica tirar o protagonismo da mulher e do filho dela, trazendo esse protagonismo para instituição no âmbito do profissional. **P6 (E)**

A violência obstétrica é quando não deixamos a mulher ser protagonista da sua própria cena da gestação, do trabalho de parto e do pós-parto. Então, quando ferimos o que aquela mulher idealizou para aquele momento, estamos sendo violento [...] Tem a mulher chega imaginando que será protagonista, desejando ser protagonista. Então quando a gente não tenta trazê-la para esse protagonismo, inseri-la na assistência, mostrar para ela que pode contribuir de todas as formas para aquele momento que é dela [...] também estamos contribuindo com a violência, principalmente a violência

psicológica com palavras: “Você não pode fazer isso. Você não deve fazer!”
As palavras são violentas. **P17 (E)**

O desrespeito à autonomia também é revelado nas falas. Assim,

Desrespeito! Eu acho que a violência obstétrica desrespeita o direito, tira o direito da mulher de escolha, de autonomia. Então, a desrespeita como ser humano! **P8 (GF1)**

Desrespeito, por falta de considerar a autonomia daquele sujeito. **P13 (GF1)**

No meu entendimento, a violência obstétrica é não respeitar a autonomia da mulher, em primeiro lugar. **P17 (GF2)**

Eu acho que violência obstétrica é tudo que tira a autonomia da mulher, que vai contra os seus direitos a desrespeitando. É você não perguntar para a paciente o que ela quer. Ela tem que ficar em posição litotômica, em perneira. Enfim, não pode comer, não pode beber água, não pode ter o companheiro. É uma rotina bem violenta para ela e para o neném. Ela não tem autonomia nem sobre o próprio corpo. **P6 (E)**

O protagonismo e a autonomia da mulher nos processos reprodutivos configuram-se como o exercício da cidadania e o reconhecimento dela enquanto sujeito de direito. No entanto, esses dois elementos despertam em alguns profissionais um desconforto por não conseguirem impor seus desejos sobre os momentos vivenciados e sobre os atores envolvidos. Zanardo e colaboradores (2017) consideram a VO como uma violação dos direitos das mulheres ao ferirem a sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos.

No instante que são desrespeitados o protagonismo e a autonomia, a mulher torna-se submissa aos comandos e a autoridade do outro que controla o que deve ou não ser feito e o como ou não fazer. Há uma violação do que foi idealizado, constituído pela usuária para aquele momento, inclusive sobre quais as condutas ela desejaria ou imaginava que fossem realizadas sobre si e sobre o seu filho.

Segundo os autores Leal *et al.*, (2014) em um texto produzido com dados da pesquisa *Nascer no Brasil* um dos aspectos mais impressionantes da prática em saúde da mulher brasileira é o controle excessivo do tempo e a imposição de uma dinâmica que desrespeita a autonomia das mulheres num violento processo de medicalização e explicam o índice excessivo de intervenções e iatrogenias na assistência.

Para Maffesoli (2010a, p. 85) na perspectiva do desrespeito aos sujeitos em seus desejos é romper com a “exuberância da vida social” ao desconsiderar suas pluralidades. Numa tentativa de dominar, reprimir e unificar os sujeitos promovendo

um desencantamento sobre o outro e sobre o social.

Caminhando por outra noção proposta pelo sociólogo encontramos o termo “ilusão agradável” (2010a, p. 85) que constitui a riqueza da vida cotidiana e que potencialmente pode se apresentar como um perigo para os sujeitos que tentam a tudo reduzir, unificar devendo ser suprimida.

Esse potencial pode ser estendido para toda a exuberância que o processo parturitivo produz e que pode ser visto pelo profissional de saúde como algo perigoso devendo ser suprimido em atitudes que não reconhecem a autonomia e o protagonismo feminino ou nos atos de VO.

Uma participante da pesquisa refaz uma analogia que exemplifica o desrespeito ao protagonismo e autonomia da mulher durante o trabalho de parto. Diz assim,

Eu li um texto do (nome de um médico) que colocou no Facebook, que fala dos puxos guiados. Ele exemplifica assim: a mulher no período expulsivo é como uma pessoa no Detran tirando habilitação. Ela está dirigindo e tem várias pessoas dentro do carro. É um exame que a deixa super tensa, é uma novidade, nunca foi feito antes. Existem várias pessoas dando comandos diferentes: “Dá a seta! Vire à esquerda!”. Imaginei-me na minha casa tirando a carteira e várias pessoas me falando várias coisas. Simplesmente não conseguia sair do lugar se isso acontecesse. Entendeu? Eu simplesmente não ia conseguir dirigir. **P17 (E)**

A analogia propõe uma aproximação com as ordens que são dadas a mulher durante o trabalho de parto através dos puxos dirigidos. A residente ao lembrar-se da história sugere que assim como num exame de direção, onde precisamos estar concentrados em um ambiente tranquilo e respeitoso para que consigamos executar os procedimentos necessários, a mulher necessita de respeito e tranquilidade para conseguir conduzir seu trabalho de parto de forma fisiológica e autônoma.

O profissional de saúde ao ordenar o que deve ou não ser executado, assemelha-se as pessoas que estão no interior do carro dando as ordens ao condutor do veículo. Perfaz-se um descompasso entre todos os envolvidos que reflete diretamente no resultado final, seja na analogia do sujeito que não conseguiu dirigir o carro, seja na realidade de uma mulher que não consegue conduzir o seu parto.

Finalizando as configurações apresentadas pelos residentes ao substantivo desrespeito, encontramos nos discursos um conceito atribuído ao corpo. Nesse sentido:

É um desrespeito ao corpo da mulher, a fisiologia em relação ao parto, em que a mulher é capaz de acreditar, não somente no físico mas também no psicológico. Sofrer a violência obstétrica, para mim, não é só em relação ao ato do parto, mas também depois do parto. Precisamos entender que obstetrícia é bem vasto do que somente o nascimento! Então, a questão da violência é o desrespeito com a mulher, com o seu corpo, com aquela situação que ela está vivendo. **P2 (GF1)**

É tratar o corpo com total desrespeito. **P15 (GF2)**

Não enxergar a mulher como dona do seu próprio corpo, que tem que ser consultada sobre tudo que vai ser feito com ela. Tem que ser orientada. É não acreditar nesse dom que a mulher tem de parir, na naturalidade de parir, no saber parir. Isso para mim é uma violência obstétrica. **P17 (GF2)**

Pra mim, violência obstétrica é o desrespeito com a mulher no que diz respeito ao corpo dela, as alterações que a gente encontra no percurso, no acompanhamento do trabalho de parto?! A equipe profissional tem que ter a paciência de esperar o momento certo de aquele parto acontecer. **P2 (E)**

Condena a mulher por um defeito no corpo dela que não foi testado, não existe, não tem como saber. Isso, para mim, já é uma conduta violenta. Você simplesmente diz que o defeito é dela, que a culpa é dela. Isso é horrível. **P10 (E)**

Eu acho que a violência começa principalmente quando olhamos para o corpo daquela mulher como um corpo que podemos tocar sem respeito. Em um simples acesso venoso, numa simples coleta de exames sorológicos para HIV e para sífilis que na maior parte das vezes, não é dito para ela, que é para HIV e para sífilis. **P15 (E)**

A primeira concepção apresentada nas falas sobre desrespeito ao corpo e ao feminino remete a descrença dos profissionais em relação ao parto e nascimento como um evento essencialmente fisiológico. Por não acreditarem nisso, atribui-se a necessidade de intervir sobre o corpo defeituoso para conseguir corrigir o que é imprescindível para o sucesso do nascimento.

Desacredita-se no potencial do corpo da mulher em conduzir os processos sem a interferência do outro, desvaloriza-se a naturalidade que existe nas modificações fisiológicas que ocorrem durante o trabalho de parto. Dessa maneira, há uma descaracterização da fisiologia do nascimento e do poder do corpo feminino em conduzir esse momento de maneira autônoma e eficiente.

A literatura traz um forte componente atrelado a VO à violência de gênero, por ser direcionada ao sexo feminino, permeado pelas relações de poder estabelecidas, frutos da opressão patriarcal e fundadas nas desigualdades, repressão e objetivação atribuídas ao feminino (ZACHER, 2015; HOTIMSKY *et al.*, 2017; LANSKY *et al.*, 2019).

As autoras Jardim e Modena (2018, p.8) citando Shabot (2016) acrescentam que:

Ao contrário do pensamento masculino de fragilização, o corpo feminino é forte, ativo, criativo, capaz de suportar situações como o trabalho de parto e parto; por isso necessita de domesticação e controle para reduzi-lo a uma condição de objeto, “desativado”, alienado, silencioso, assim passível de ser violado.

Shabot (2016) ressalta que a assistência em saúde da mulher perpassa pelo desvelamento deste poder invisível que impregna as estruturas mentais das mulheres, que por não perceberem, não se reconhecem reprodutoras de uma estrutura de poder que as coloca em desvantagem e contribui para a permanência dos processos violadores de direitos e excludentes de sua singularidade.

O segundo conceito atribuído ao desrespeito ao corpo remete a sua violação quando são realizados procedimentos sem o consentimento da mulher. Desconsidera-se nesse momento que ela é “dona de seu próprio corpo”, com o direito de saber o que e como será realizado o procedimento, anulando a possibilidade de decidir se deseja ou não que seja feito.

Outra forma de desrespeito à mulher lembrado pelos residentes nas entrevistas reporta a escuta de falas depreciativas proferidas pelos profissionais de saúde durante o desenvolver da assistência.

Às vezes, o falar do profissional: “Faz força de cocô, se comer demais você vai vomitar muito e vai fazer muito cocô e seu bebê vai nascer nessa situação!”. Então, a forma como você fala também pode contribuir para esse cenário de violência. **P15 (GF2)**

Muitos profissionais falam: “Faz força! Lá embaixo, na perereca!” Isso é feio, né? Falar dessa forma: “Força de cocô. Faz força de cocô.” Isso é muito, muito feio, obsceno. Nunca cheguei a falar dessa forma, é antiético falar dessa maneira com a mulher. **P2 (E)**

Não ter falas que diminuem a mulher; que diminuem a dor da mulher; que humilhem a mulher. Mesmo sem ela saber muitas vezes são humilhadas. **P20 (E)**

As falas nomeadas nos discursos têm uma conotação de humilhação, de insensibilidade, de depreciação da mulher e do momento por ela vivenciado, trazendo um cenário de desrespeito e violência. Os discursos também possuem um tom de intimidação marcada com palavras grotescas que são repetidas para atribuir culpa a mulher por seu “corpo defeituoso” que se torna incapaz de parir sem a imposição do profissional.

Maffesoli (2010a, 2003b) já apresentava em seus textos uma noção importante ao afirmar que os fenômenos sociais moventes são possuidores de múltiplos significados não sendo possível reduzi-los, generalizá-los ou codificá-los. Isso encaixa perfeitamente nas concepções de respeito ao parto e em seu potencial sendo isso gerador de violências ínfimas.

A última configuração sobre a VO apresentada pelos residentes percorre um conceito constituído que esse fenômeno está inserido como parte de um sistema que reverbera nos cenários de atenção à saúde da mulher com características de ordem organizacional e estrutural. Dessa forma,

O que mais me incomoda como profissional em aprendizado, é a violência obstétrica do sistema. Porque, por mais que conheça os profissionais que praticam violência obstétrica a do sistema incomoda bastante. Porque eu me sinto completamente impotente perante ela! **P1 (GF1)**

É uma coisa sistêmica. No modelo que estamos inseridos de atenção obstétrica na sociedade capitalista, é impossível um sistema de saúde em que uma mulher não será violentada, não será agredida. Não necessariamente, fisicamente ou verbalmente, mas ela pode ser agredida de outras maneiras. Por exemplo: uma mulher que devido uma estrutura da rede de saúde tem que ser transferida de uma maternidade para a outra em trabalho de parto. Isso é uma violência obstétrica absurda, às vezes, não observamos dessa maneira, não enxergamos como violência. Às vezes, uma mulher que ficou muito tempo esperando por um atendimento. Uma mulher que está sofrendo um aborto é colocada no mesmo ambiente que uma mulher que está em situação de um parto fisiológico. Então, acho que a gente tem que entender a violência obstétrica como uma coisa menos pontual e mais sistêmica. Mas acho que a violência obstétrica é, sobretudo, uma coisa sistêmica e inevitável no contato da mulher grávida com o serviço de saúde. Envolve o sistema econômico que estamos inseridos, envolve o subfinanciamento do SUS. **P12 (GF1)**

Eu acho, que é parte do sistema, né? E eu tenho responsabilidade, eu consigo identificá-la, mas de imediato eu não tenho o que fazer pra mudar isso, sabe? Cabe aos nossos governantes os repasses de verba para os hospitais. Há muitas coisas erradas vindas de quem dita às regras, desde um nível mais próximo que é um gestor de um hospital, até, o Ministério da Saúde. [...] Assim, falta material, insumos, vaga, leito, transporte para trazer uma mulher em trabalho de parto. Falta gerência, faltam mais maternidades. Enfim, é bem amplo, assim, mesmo, sabe? Alguns aspectos a gente tem controle sobre isso, porque envolve a minha assistência direta para aquela paciente, mas outros não. **P1 (E)**

Eu enxergo uma violência muito mais imposta pela gestão, pela logística da assistência [...] a violência é um pouco escondida, fugiu o termo, mas ela é um pouco obscura, sabe? Se você não tiver atento àquela assistência passa despercebido porque você acha que realmente foi necessário tudo aquilo. **P7 (E)**

Os discursos revelam uma ligação existente entre a VO com as questões de ordem organizacional e estrutural do sistema de saúde ao qual essa mulher está inserida no contexto da atenção obstétrica.

Encontram-se nomeadas como configurações de violência atreladas ao sistema de saúde o tempo de espera pelo atendimento, a dificuldade de promover assistência qualificada às mulheres em situação de abortamento, o subfinanciamento do sistema que inviabiliza a organização do serviço com vistas à melhoria do cuidado que é ofertado.

Para os autores Regis e Rezende (2015), Pozzio (2016) e Sadler e colaboradores (2016) e Marrero, Brüggemann (2018) as questões de natureza estrutural influenciam na ocorrência da VO no contexto assistencial. Encontrando justificativas na existência de recursos humanos insuficientes; na sobrecarga de trabalho; na escassez de infraestrutura e insumos adequados para o exercício das atividades profissionais. Somada a essas questões existe o esgotamento físico, mental e emocional dos profissionais da saúde que desqualifica a assistência realizada.

É pontuado pelo residente um sentimento de impotência ao lidar com essas situações diante das inúmeras instâncias envolvidas e a dificuldade no acionamento das entidades que poderiam trabalhar no sentido de promoverem os avanços necessários na rede de atenção à saúde.

No tocante à organização do serviço de saúde e as repercussões na VO, três características foram reveladas com maior ênfase pelos residentes sendo elas: o excesso de demanda assistencial, o número insuficiente de leitos para o atendimento das mulheres e as particularidades com o plantão noturno. Dessa maneira, é posto nas falas que

Uma consulta que, às vezes, atendemos correndo, porque a demanda é enorme, talvez, não tem recursos humanos suficientes? **P6 (GF1)**

A mulher chega, fica duas horas na admissão esperando para passar pela classificação, para ser internada ou ser orientada a ir embora para casa. Como está lotado o hospital, deixo a mulher esperando. A mulher que

deveria ser atendida em 15, 20 minutos deixo esperando por 2 horas. Acho que estamos praticando um tipo de violência com ela. **P1 (E)**

Às vezes é exigido um agir rápido, uma alta hospitalar muito rápida com uma orientação muito superficial. Então eu acho que a gente acaba cometendo violências durante todo processo, desde internação até alta, pela quantidade de serviço, pela alta demanda assistencial mesmo [...] Acredito que tem muita relação, porque acabamos justificando ações em prol de uma logística, de uma demanda que na verdade não é aquilo que aquela mulher precisa, é porque a instituição precisa [...] Aquela mulher fica muito a mercê da disponibilidade do profissional, do quantitativo de pessoal que você tem para assisti-la. Se você tem pessoas capacitadas, se você tem um número de profissionais adequado, você ainda consegue assistir, consegue orientar, dar certa dignidade ao cuidado que ela espera em toda internação. **P7 (E)**

Em relação ao número insuficiente de leitos é relatado que:

Tem coisas que não tem como a gente mudar! Então, por exemplo, o hospital tem uma determinada estrutura. Você está com uma demanda de muitas pacientes, você não tem leito suficiente, você só tem um leito isso acaba que precisa colocar uma mulher que está sofrendo uma perda gestacional próxima a uma mulher que está parindo. Assim, é uma situação que o profissional pode tentar minimizar, mas, dependendo da situação, dependendo da demanda, da rotatividade, do dia, da instituição, você não consegue! **P6 (GF1)**

O problema que às vezes é do sistema por exemplo, numero de leitos! O sistema não está organizado para receber de forma digna as mulheres, às vezes, fica improvisando. Se matando para não acontecer nada de mais grave com a mulher que está sob nossos cuidados! **P13 (GF1)**

O fluxo de trabalho do hospital, a infraestrutura, estrutura física do lugar tudo contribui para violência obstétrica. **P10 (E)**

Relativamente no plantão noturno é pontuado que:

Nitidamente, em relação ao tema violência obstétrica, as práticas dos plantões noturno e diurno são bem diferentes. A gente fala que o noturno é outro mundo, é outra situação, é outra condição. Existem práticas que a gente vê, sabe que é violência e é muito comum à noite. A maioria dos que eu já vivenciei foram à noite, e também com aquela justificativa do profissional, estou fazendo pra ajudar, pra resolver, vou te ajudar aqui. **P9 (E)**

As características elencadas nas falas anteriores reforçam as dificuldades na estruturação dos serviços e suas repercussões propiciadas na assistência à mulher e nos atos considerados pelos residentes como violentos, exigindo um repensar dos modos organizacionais de construir a assistência. Diante disso, o residente se sente impotente por não conseguir modificar as realidades vivenciadas perpetuando a VO nos cenários de atenção a mulher.

A VO vinculada às questões de ordem estrutural também é reconhecida no texto de Marrero, Brüggemann (2018) que citam questões como a insuficiência de leitos, a falta de infraestrutura que permita a privacidade da usuária e a presença do acompanhante sem limitações comprometendo a segurança e a qualidade da assistência obstétrica.

5.2.2 As possíveis explicações vinculadas à existência e perpetuação da violência obstétrica no cotidiano

No reconhecimento das concepções apresentadas pelos residentes para a VO, encontramos algumas falas que explicitaram possíveis explicações para a ocorrência e permanência do evento nos cenários de atenção a saúde da mulher. A segunda subcategoria desse tópico da tese propõe discutir os principais argumentos encontrados nos discursos e sua interface com os atos de violência nomeados no cotidiano.

Primeiramente foi enunciada pelos participantes uma característica marcante da VO que é notada como uma justificativa para a sua existência: sua invisibilidade no contexto assistencial. Assim,

O primeiro deve-se reconhecer a violência obstétrica para depois ter uma atuação sobre ela. Porque em muitos outros locais as pessoas nem reconhecem que existe, falam: "Violência obstétrica não existe, o médico não é violento. Detesto esse termo, porque parece que juntam várias questões para culpabilizar o médico pela violência" [...] inclusive vem à fala da corporação médica, das associações médicas. É um discurso muito triste porque eles estão invisibilizando uma situação muito particular da mulher no momento muito importante da sua vida. **P12 (GF1)**

É a violência institucionalizada, varrida para o tapete, bordada para que a usuária jamais perceba que, ali foi uma violência obstétrica. **P15 (E)**

Percebemos também uma associação entre a ocorrência da VO atrelada às questões que são de ordem cultural imersas em um contexto específico. Dessa maneira,

Tem o aspecto cultural envolvido com a violência obstétrica. Porque se a mulher realmente acredita que parto tem haver com sofrimento, tem sempre que ter algum profissional junto dela, e se ele pode falar para ela calar a boca ou, por exemplo, "não pode gritar". Porque o profissional propaga isso e a cultura também. **P10 (GF1)**

Culturalmente, já foi colocado para a mulher que ela não sabe parir, que ela precisa de ajuda, que quem tem o conhecimento, o poder de determinar se isso vai dar certo ou errado é o profissional que está assistindo. **P12 (GF1)**

Eu acho que a minha percepção em relação à violência obstétrica é em relação a essas questões comportamentais. Enquanto graduação eu vivi formas de violência como o Kristeller que a princípio eu achava que estava muito voltado para a figura médica. Depois a gente passa a entender que isso na verdade é um processo de formação e de cultura, que isso se estende para técnico, para o enfermeiro e para qualquer profissional que esteja inserido na assistência.

P15 (GF2)

Atribuo isso a todo o contexto social, político, cultural que nós mulheres estamos inseridas, isso é histórico. Em toda a história do machismo na nossa sociedade. Talvez seja a maior configuração da violência. **P1 (E)**

O não reconhecimento do evento VO pelos sujeitos envolvidos associados às questões que são de ordem cultural, fortalece a permanência da sua ocorrência nos espaços de atendimento a mulher.

No instante em que a usuária desacredita na sua capacidade fisiológica de enfrentar as questões de natureza obstétrica, imputando ao outro o direito de intervir e decidir sobre o que deve ser realizado, ela reforça a cultura constituída sobre o ser feminino como algo frágil e incapaz, numa perpetuação de uma percepção errônea sobre a mulher e sua potencialidade.

Guillén (2015) ao refletir sobre o sistema de saúde espanhol no que tange a atenção em obstetrícia traz alguns elementos que se assemelham ao modelo brasileiro. Para a autora o sistema espanhol é demasiadamente misógino, autoritário e hierárquico, promovendo a despersonalização e a coisificação da mulher em todas as etapas do ciclo reprodutivo.

Revelando outro aspecto Zanardo *et al.* (2017) traduzem que as práticas de saúde em obstetrícia estão repletas de significados culturais que trazem estereótipos de desvalorização e submissão da mulher, que permanecem subjugadas pela ideologia de gênero fortalecendo a permanência de atos violentos no cotidiano. Já no olhar de Sadler *et al.* (2016) torna-se necessária uma análise mais ampla que avalie os contextos sociais e culturais e as dinâmicas de poder entre os grupos, que geram violências por vezes naturalizadas e, portanto, invisíveis.

Nesse momento, os atos de violência executados pelos profissionais de saúde permanecem invisíveis os olhos daqueles que são afetados por eles, permanecendo uma trajetória cíclica fortemente influenciada pelo contexto social, histórico e cultural.

Segundo os autores Sena e Tesser (2017, p. 212) a invisibilidade creditada para a VO está assegurada pelos seguintes fatores:

a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, que são vistas como “uma brincadeira” pelos sujeitos envolvidos e até esperadas pela paciente; a aceitação e banalização, por parte dos profissionais, de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias; e a dificuldade que os usuários têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que os atenderam, sobretudo no caso da assistência perinatal, onde as mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que, para elas, compensaria qualquer mau tratamento recebido durante a assistência.

Seguindo com a reflexão sobre as questões cotidianas que ajudam a invisibilizar os atos de VO, os residentes revelam o desconhecimento das mulheres sobre as diferentes configurações desse fenômeno. Como reconhecido nas falas:

Vejo o lado da mulher, porque comigo aconteceu, em outro contexto, lá no interior sofri violência obstétrica sem saber! A mulher não conhece, não sabe que ela está sendo violentada! Isso é uma realidade. Porque, quando cheguei à residência vi a desconstrução do que acreditava ser obstetria. Foi desconstruindo o que sabia e o que vivi! Então, sofri a manobra de Kristeller, tive episiotomia e não me senti violentada! Entendeu? [...] Na ocasião do meu parto, não achei que tinha sido violentada. Mas, hoje, vejo que meu parto foi mal conduzido. Ficar restrita ao leito, ficar sem dieta isso foi uma violência comigo! [...] Só que na época não via como violência, porque não conhecia, era ignorante e estava sendo mãe, estava parindo. **P2 (GF1)**

Então, enquanto profissional vejo que o primeiro ponto da violência obstétrica é a desinformação. É essa falta de informação sobre violência obstétrica que leva a vários atos violentos. [...] Mas ela (a violência obstétrica) não é conhecida pelas mulheres. A partir daí você definir o que é isso, conceituar para o outro, é bem complicado. Porque há desinformação do que é uma situação de violência e permitindo que não seja enxergada e sentida pelas mulheres, entendeu? **P7 (GF1)**

Esbarramos no aspecto da violência que é a mulher não tem consciência e informação, não vê o processo como violento, vê como necessário, é convencida disso. Porque ela não sabe o que seria uma coisa fisiológica, não violenta. Essa falta de informação, falta de habilidade do profissional de saúde em dizer o que é bom, o que deve ser feito, o que é ruim, o que é iatrogênico, que é um dano provocado é o que faz a cultura da violência se propagar! Porque essa mulher não vai ver naquele processo de parto, o Kristeller feito como uma coisa ruim. Talvez os filhos dela, os netos dela vão saber que parto tem que empurrar a barriga mesmo, e a gente continua no ciclo vicioso da violência. **P10 (GF1)**

Às vezes, a mulher não percebe, não sente e não sabe que é desnecessário. Não sabe que passou por uma violência obstétrica. **P18 (GF2)**

Acho, que isso não é uma falha não só do hospital. Quando acontece é uma falha da sociedade que não fala isso para a mulher, que não fala sobre violência obstétrica. Às vezes, é um assunto que fica muito no meio obstétrico, de quem já está vivenciando isso. Eu falo isso por mim, que era

ignorante em relação à violência obstétrica, tanto que sofreu violência obstétrica sem saber, mesmo sendo Enfermeira. Então, elas não sabem disso, não sabem dessa orientação, não sabem quais são as formas de violência. **P2 (E)**

Eu fico triste, chateada pela desinformação que as mulheres têm. Por aceitarem algumas coisas que não poderiam aceitar. Mas elas não sabem que elas não poderiam aceitar, porque não conhecem outra vivência diferente, não sabem que poderia ser diferente. Isso também me incomoda bastante [...] porque se elas não entenderam as coisas que foram realizadas, então o que ficou para elas: “Não, tinha que ser feito, assim, uma questão de submissão”. Não é? **P19 (E)**

Eu acho que a violência obstétrica é sabida por quem pratica, mas muitas vezes, não por quem recebe. Então, quando eu penso em violência obstétrica o que mais me entristece é isso, é a mulher tá sofrendo aquilo e ela nem imaginar que aquilo é uma violência obstétrica [...] então, muitas vezes, elas desconhecem porque a mãe dela não falou sobre isso ou a mãe tem duas, três cesáreas e não passou pelo trabalho de parto. Então, principalmente, por elas não saberem o que é o trabalho de parto, não saber as condições normais que um bebê poderia nascer, não reconhecem que as intervenções são desnecessárias e não estudam durante o pré-natal. **P20 (E)**

É fortemente destacada nas falas acima a falta de informação/orientação como uma característica para a continuidade da VO na assistência às mulheres.

O desconhecimento gera o não reconhecimento, o não reconhecimento permite a invisibilidade do fenômeno no meio obstétrico. Não reconhecendo elas não atribuem violência ou desnecessidade aos atos praticados por alguns profissionais durante seu atendimento. O não reconhecimento da ocorrência de VO possibilita a sua naturalização nas instituições de saúde vendo o seu acontecimento perpetuado nos serviços de obstetrícia. Permitindo a manutenção do ciclo vicioso da violência.

Endossando a interpretação das falas, Oliveira *et al.* (2017), Rodrigues *et al.* (2017), Lansky *et al.* (2019) retratam que pela falta de conhecimento sobre o assunto as mulheres não conseguem identificar se sofreram ou não atos violentos durante sua assistência. Além disso, elas confiam nos profissionais que oferecem os cuidados pela própria condição de fragilidade física e emocional que vivenciam, aceitando os procedimentos realizados sem oferecer nenhum questionamento.

Nesse contexto há um forte relato de um dos participantes, explicitado no grupo focal e na entrevista, que ela somente conseguiu identificar o que é a VO após tornar-se residente e que anteriormente em seu parto foi vítima dos atos que hoje identifica como violentos mesmo já sendo enfermeira atuante.

A desinformação e o não reconhecimento da VO são identificados como uma lacuna para que essas mulheres estejam mais susceptíveis a sua ocorrência. Nesse contexto,

Eu acho que isso (a violência obstétrica) acontece mais com mulheres menos esclarecidas, com menos instruções, que acabam não tendo informação, não tendo também um acompanhante que saiba lutar pelo direito dela [...] então, acho que o público que está mais vulnerável à violência obstétrica é aquele sem instrução, que não teve acesso a isso durante a gravidez, no pré-natal. **P2 (E)**

Geralmente pergunto para as mulheres que vêm para o hospital para a segunda cesárea: Por que o seu primeiro bebê nasceu de cesárea? E as respostas que eu escuto sempre são as que mais me indignam: "Ah! Porque não tinha passagem, porque o meu médico disse que não poderia ter parto normal e me mandou para cesariana". Pergunto: "Mas você estava com contração? Você estava em trabalho de parto? Poxa, seu médico falou que precisava de cesariana? Ah, então, seu médico te enganou né?" Aí ela responde: "Não, não tinha passagem mesmo, não tinha dilatação". **P10 (E)**

Têm pacientes que passaram por uma indução e tiveram um parto normal lindo na banheira sem episiotomia! Mas ela acha que bom é cesariana. É uma questão de informação mesmo sobre o cuidado em si. [...] Se ela recebesse alguma informação sobre vantagens do parto normal, sobre quais os procedimentos que são desnecessários, poderia entender melhor o que esta acontecendo com ela. **P18 (E)**

Então, pra mim, o principal é isso, são as mulheres não saberem, não terem conhecimento, não buscarem informações antes do parto, pra saber como acontece. Em contrapartida querem que o bebê nasça bem. Então, elas não sabem como funciona e querem que o bebê nasça bem. Então, o que vier nesse meio para elas faz parte. **P20 (E)**

Na percepção do residente as gestantes menos esclarecidas ou sem instrução adequada estão mais sujeitas a serem enganadas pelos profissionais, seja para a realização de uma cirurgia cesariana desnecessária ou a qualquer outra ação que concretizem no que elas mais desejam: o nascimento saudável do seu bebê.

Inclusive, nesse momento, as parturientes podem solicitar pela realização de procedimentos não reconhecidos como violentos por acreditarem ser necessários ao nascimento. Assim,

Elas pedem, tem umas que pedem até para a gente fazer (em reação a episiotomia). Ela acha que é correto. Entendeu? **P6 (GF1)**

Por exemplo, muitas não sabem que no hospital não temos que fazer episiotomia, mas elas acabam pedindo para fazer. Então, se elas já tivessem essa orientação antes, já saberiam que não é um ato correto, que não é uma coisa que possa facilitar para ela, no caso vai ser um risco ainda maior. **P2 (E)**

Existem algumas práticas que são reconhecidamente generalizadas como violência, exemplo a episiotomia. A gente reconhece que algumas mulheres elas pedem para ser cortadas, né? Porque elas tiveram em partos anteriores, só que entendemos que aquilo é violência, mas não sabemos como de repente desmistificar isso. Como podemos conversar com a mulher naquele momento do trabalho de parto sobre a não indicação, que não existe necessidade de ela sofrer uma episiotomia, quais são as implicações. **P7 (E)**

Chegamos no parto querendo fazer mil e uma coisa, métodos não farmacológicos, aromaterapia mas a mulher não quer nada disso. Ela não entende que isso favorece e ajuda, ela quer que faça episiotomia, que rompe a bolsa, que ligue o soro, que empurra a barriga para ajudar a nascer. A mulher não entende que isso não é o melhor pra ela. **P21 (E)**

Solicitar pela execução de procedimentos desnecessários sob seus corpos é consentir a violação de seus direitos enquanto parturiente a um parto respeitoso e baseado nas melhores evidências disponíveis.

Por não haver esse conhecimento sobre o que seja melhor em sua assistência, seus corpos são entregues a procedimentos iatrogênicos como a realização de uma episiotomia a pedido e nesse movimento de permissão o profissional o usufrui para exercer seu domínio sobre aquele corpo.

A VO segundo Sadler *et al.* (2016) enquanto característica institucionalizada, “naturalizada” e reproduzida na rotina dos hospitais pelos profissionais é inclusive consentida por quem é alvo da violência. Por diferentes ocasiões é tida como se fosse algo desagradável pelo qual as mulheres precisam passar, como uma parte da vida.

Na sombra desses atos, no olhar do residente, origina-se na mulher um sentimento de gratidão pelo que foi realizado pelos profissionais, revestidos por uma suposta forma de ajudá-la.

Ela sofreu violência, ela teve episiotomia que é um procedimento muito marcado como violência obstétrica. Por que as mulheres não identificam isso como desnecessário, como supérfluo, como desrespeito ao corpo delas. Umas até acham que é uma ajuda, entendeu? **P12 (GF1)**

As pacientes, às vezes, acreditam que isso (Manobra de Kristeller) é uma coisa que possa ajudar. Talvez não tenha nem conhecimento que é uma manobra que pode colocar ela e o neném em risco. Isso é uma violência obstétrica, acho que é uma dupla violência obstétrica. Porque além de você fazer o ato, você nem informa à paciente os riscos e que não têm benefício nenhum. Assim, a paciente fica desinformada. **P6 (E)**

Então, muitas vezes, as mulheres falam assim: “Ah, o profissional X me ajudou. Ele subiu em cima da minha barriga. Então, foi ótimo, porque ele ajudou o meu bebê a nascer”. Eu já escutei também: “Ah, foi ótimo, porque o Médico deu aquele piquezinho e meu bebê nasceu”. Assim, elas acham que isso é ótimo? Paro para pensar e falo: “Gente, como que é ótimo? É

uma violência obstétrica explícita e a mulher está comemorando, achando que isso foi bom!” Quando ela poderia ter tido um parto muito mais respeitoso. Não acredito que uma mulher poderia agradecer por isso. **P20 (E)**

Muitas mulheres sabem que estão sofrendo violência obstétrica, ou que sofreram violência obstétrica, e acham que aquilo veio em forma de ajuda. Então, muitas vezes, a violência obstétrica parece mascarada de ajuda, só estávamos te ajudando. **P21 (E)**

O incômodo causado no residente diante da não percepção pela mulher do procedimento desnecessário ocorrido no seu parto associado ao sentimento de gratidão pela ajuda recebida, reforçam a descrença existente na condição da parturiente como protagonista para proporcionar o nascimento conforme discutimos anteriormente.

Trata-se de corpos concebidos como defeituosos e que necessitam de auxílio seja através de uma Manobra como o Kristeller ou de um “piquezinho” na vagina para conseguirem vencer suas imperfeições.

São identificados pelos residentes outros grupos de mulheres que também são consideradas vulneráveis aos atos de violência. Sendo relatado que:

Vemos paciente ser discriminada pela cor, a negra receber menos atenção do que a paciente branca. O fato de uma paciente obesa: “Como que essa gorda, essa baleia engravidou”. Às vezes, é por trás que se fala que não é menos pior, mas, muitas vezes, é na frente da paciente também. A paciente anestesiada está sendo operada, acham que ali entrou em um universo paralelo e estão xingando a paciente: “Que difícil para operar, porque a paciente é gorda”. **P12 (GF1)**

As mulheres que mais sofrem violência obstétrica, são as em situação de vulnerabilidade. São mulheres que talvez tenham um contexto social e econômico ruim, ou uma mulher que chega a situação de abortamento. **P6 (GF1)**

A maioria das pacientes que mais sofrem violência obstétrica são as pacientes em situação de vulnerabilidade. São as pacientes em situação de perda gestacional, as privadas de liberdade, as em situação de rua. Acho que essas pacientes são muito mais vulneráveis a sofrer algum tipo de violência obstétrica do que outra paciente. [...] Também julgam a mulher que está em situação de menor higiene, era moradora de rua falando: “Ah, deve ter usado droga e deve ter provocado aborto”. Então, esse grupo sofre com condições de acesso à saúde mais precária e por conta do olhar do profissional. Porque alguns profissionais não conseguem enxergar que o indivíduo precisa do cuidado. **P6 (E)**

Mulher do interior, mulher de favela, usuárias de drogas, em situação de rua, que não tem o pré-natal adequado ou até mesmo aquela que não tem uma orientação. Assim, são mulheres na maioria negras. Falam que não tem diferenciação, mas tem diferenciação sim no tratamento. As mulheres obesas começam a falar e até xingar a mulher pela condição, pela sua estrutura corporal. O tempo todo existe esse tipo de prática. **P9 (E)**

Acho que há diferenciação social e financeira das mulheres. Enfim, julgamentos desde sua condição de higiene até seu grau de instrução, de estudo [...] a visão dessas pessoas é que uma mulher que é pobre, que é da periferia, que tem mais cinco filhos sendo um de cada pai, que trabalha o dia inteiro, que não têm o mesmo interesse que uma mulher instruída que tem ensino superior, companheiro fixo, estrutura familiar [...] as pessoas que fazem distinção estão baseadas nisso, que as mulheres do SUS, que são da periferia têm que aceitar, apenas aceitar, ou aceitam ou vocês vão embora [...] essa aqui eu pratico (violência obstétrica) porque essa daqui está no SUS, ela tem que aguentar, ela não tem opção [...] A mulher que está no SUS, ela mesma se diminui. Estou aqui, estão me ajudando, preciso disso, já que consegui esse acesso não posso perder. Eu acho que tem muito isso, que as mulheres que ficam no SUS conseguem menos se posicionar. **P21 (E)**

No olhar do residente o grupo de mulheres consideradas vulneráveis à violência são compostos pelas: negras, pobre, privadas de liberdade, obesas, usuárias de drogas, em situação de rua, moradoras de “favela”, periferia ou do interior, em situação de perda gestacional, ressaltando que são usuárias do SUS.

Essas mulheres possuem um contexto socioeconômico desfavorável que, de certo modo, as prejudicam em receber uma assistência de qualidade e de terem acesso à informação adequada que possa ajudar a modificar essa realidade.

Encontramos nos textos analisados uma definição semelhante para o contexto das mulheres consideradas como vulnerável a VO sendo elas as mulheres: pertencente às minorias étnicas (a exemplo da negras, indígenas); de contextos sociais desfavorecidos com baixa instrução escolar e renda; sem pré-natal; usuárias de drogas; adolescentes; em situação de rua; em encarceramento (AGUIAR, OLIVEIRA, 2011; DINIZ *et al.*, 2015, DINIZ *et al.*, 2016; ANDRADE *et al.*, 2016; JARDIM, MODENA, 2018).

Uma residente chama atenção para um olhar diferenciado que existe pelo profissional de saúde das usuárias que utilizam o dispositivo do SUS pejorativamente desqualificando a necessidade de ser cuidada e equivocadamente subjulgando que qualquer tipo de cuidado deve ser aceito e não questionado. Segundo a continuidade da fala, a própria mulher usuária do sistema não acredita que possua algum direito e inclusive, deve-se acomodar e aceitar para que não seja prejudicada ou descuidada.

Dos grupos mencionados pelos participantes dois receberam destaque nas falas no grupo focal e nas entrevistas sendo as mulheres em situação de abortamento e as privadas de liberdade.

As gestantes em situação de abortamento são reveladas nos discursos pela desqualificação do cuidado em sua condição clínica. Os trechos a seguir retratam que,

Então, quando eu estou responsável por um setor que eu tenho uma mulher que está perdendo o bebê e eu tenho outra mulher que está ao lado dela parindo o bebê vivo, eu me sinto muito mal com isso. Porque eu sei que está tudo errado, mas eu não consigo fazer nada para mudar! Eu acho que o pouco de conforto que eu ofereço para ela emocional, psicológico não resolve a situação. **P1 (GF1)**

Em outras instituições eu já vi profissional procurando saber se era aborto espontâneo ou abortamento provocado! Procurando o porquê! “Ah, essa mulher deve ter feito isso”. Julgando a mulher sem saber seu contexto! O que ela está passando por trás! **P6 (GF1)**

Por que uma mulher que está parindo um feto morto tem menos direito do que uma mulher que tem parindo um feto vivo? A mulher do feto morto ela não pode ocupar uma sala de parto, a sala de parto é só para o feto vivo? Então, por quê? É uma lógica maquiavélica. **P12 (GF1)**

Por exemplo as mulheres em situação de abortamento, às vezes, demoram um pouco mais para ser atendida do que outras mulheres. Porque se fala: “Ah, tá nascendo, aqui é neném vivo, ali não”. Na minha cidade natal, por exemplo, eles ficavam (profissionais de saúde) procurando a causa do aborto se foi provocado ou espontâneo [...] para as mulheres em situação de abortamento não conseguimos oferecer uma privacidade. Muitas vezes, elas acabam expulsando o bebê morto em condições que não queríamos. Sem nenhuma privacidade. Então, isso para mim também é uma violência obstétrica. **P6 (E)**

Elas (mulheres em situação de abortamento) são invisíveis. Ela está ali e não precisa escutar BCF (batimento cardíaco-fetal), não precisa fazer dinâmica, não precisa fazer medicação, porque está em jejum não pode nem oferecer um lanche. Então ela é invisível! A gente não consegue olhar para ela e oferecer qualquer coisa que esteja precisando [...] É uma assistência que não estamos preparados para dar, não é preparado para isso na graduação e nem no contexto da residência. Somos muito mais preparados para lidar com os nenéns saudáveis, e mulheres que estão tranquilas num parto fisiológico do que com essas alterações e complicações. A violência acontece com elas nesse sentido, não olhamos para elas, simplesmente ignorou que estão ali. É um abortamento, não é a Fulana de Tal, que perdeu o neném. [...] Então, isso é a pior das violências. Ela está lá, vendo outros nenéns nascerem, outras mulheres felizes com os seus bebês, escutando o coraçãozinho e ninguém olhou pra elas. Para mim, essa é a pior. [...] Por que elas têm pesos diferentes? Porque julgamos as pessoas? Quando temos uma mulher em situação de abortamento, queremos saber se ela provocou, se queria o neném, se isso já tinha acontecido outras vezes, se tem parceiro fixo. Queremos julgar a vida dela. A outra que está com neném saudável queremos que ela tenha o seu neném, que tenha seu parto sem saber da sua vida. **P21 (E)**

O descuido com a mulher em situação de abortamento inicia-se no processo de julgamento sobre qual forma aquele fato ocorreu, na criminalização do

ato e na preconceituosa opinião de um profissional que pressupõe os fatos e imputa juízo de valor ao declará-la digna ou não de receber um atendimento respeitoso.

A mulher nessa situação recebe uma conotação de “invisível”. Não se realiza um acolhimento adequado de suas demandas; não se atenta para suas necessidades físicas, psicológicas e sociais; não se promove ambiência adequada para que o momento seja vivenciado com privacidade e respeito; não se prioriza o atendimento por considerar a vitalidade fetal como o parâmetro que ordenaria a urgência na atenção.

Diniz e colaboradores (2015, p. 5) tratando da temática do atendimento das mulheres em situação de abortamento revela que há:

hostilidade, negligência e retardo do atendimento às mulheres em situação de abortamento: quando as equipes identificam ou supõem que o aborto tenha sido provocado, muitas vezes, negam atendimento ou demoram a realizá-lo.

A espera pelo atendimento e pela realização dos procedimentos é alvo de discussões em pesquisas que apontam que a mulher em situação de perda gestacional deixa de ser assistida pelos profissionais de saúde quando eles priorizam às parturientes, puérperas e gestantes (LIMA *et al.*, 2017; STREFLING *et al.*, 2005).

O rompimento dos direitos perpassa pela organização dos serviços de saúde para receberem as gestantes nessa condição bem como pela qualificação do profissional de saúde que acolhe a usuária e realiza o atendimento obstétrico. Há uma perda da identidade enquanto mulher e gestante passando a ser a “fulana de tal que perdeu o nenê” e não mais a gestante que possuía uma idade gestacional, um feto em desenvolvimento, uma história sendo construída.

Assim, torna-se fundamental o questionamento proposto pela residente: porque haveria pesos diferentes a serem colocados no atendimento de uma gestante com feto vivo e outra com feto morto. Lutamos por uma assistência que seja universal, integral, equânime, humanizada e resolutive para todas as gestantes, independentemente, da vitalidade fetal.

O outro grupo apontado como vulnerável e destacado na fala de uma residente refere-se a gestante privadas de liberdade.

As mulheres privadas de liberdade eu já ouvi não de profissional da assistência, médico e enfermeiro, mas de auxiliares administrativos que ela

era um demônio, que não merecia uma assistência boa porque estava presa por algo, tinha aprontado e tinha que pagar. Eu virei para a pessoa e falei assim: “Olha, a gente está aqui, a gente estudou, escolheu trabalhar na área da saúde, porque não queremos julgar ninguém. Porque se fosse para julgar eu escolhia ser juiz!” [...] Essas mulheres são as que mais sofrem com a violência! **P6 (GF1)**

Os profissionais têm um pré-julgamento daquela paciente. Eu até citei isso no grupo (referindo ao grupo focal) uma auxiliar administrativa falando pra mim que uma privada de liberdade era uma paciente que não merecia ter uma assistência humanizada, porque ela estava errada, ela devia ter matado alguém, ela estava presa. E aí eu virei pra ela e falei: “Mas aqui a gente está para cuidar dela e não pra julgar se ela matou alguém. Enfim, isso é um problema da justiça e não meu. Porque eu escolhi foi cuidar, sem julgar, senão eu seria juíza, ou advogada, ou promotora e não enfermeira”. **P6 (E)**

O elemento marcante na assistência a esse grupo de mulheres é atrelar o ato cometido que culminou com a perda de sua liberdade, com a preconceituosa concepção que não são dignas de um atendimento respeitoso e não violento.

A fala da residente manifesta no grupo focal e na entrevista é acentuada pela importância de o profissional não julgar o outro que está sobre seu cuidado e sim cuidar.

Continuando as descrições sobre as principais explicações atribuídas pelos residentes a existência da VO, foram discutidas as questões relativas à atuação do profissional de saúde na assistencial obstétrica.

O comportamento que o profissional assume frente à mulher assistida reflete suas concepções sobre direitos e sobre como o cuidado deve ser desempenhado. Sendo assim, uma primeira postura levantada como violenta pelos participantes revela-se no agir profissional ignorando a mulher como sujeito envolvido diretamente no cuidado.

O profissional em várias ocasiões não deixa a mulher por dentro da situação, não discute sobre o que está acontecendo com ela deixando-a de lado [...] no momento que chega para o atendimento, o profissional sendo médico, sendo residente Ginecologia e Obstetrícia não se apresenta, não fala qual é a sua função. Fica tão no automático que vem e toma a conduta e sai da cena. Não explica, não conversa, não pergunta nada naquele momento e a mulher e sua família fica sem entender. Depois que esse profissional saiu de cena a mulher vem te questionar outras coisas que naquele momento, aquele profissional deveria ter explicado e poderia ter explicado [...] o profissional faz um toque na mulher e não fala qual era a dilatação, se evoluiu, se não evoluiu, se está à mesma coisa. Essa questão de discutir entre profissional para profissional e deixar a mulher como se fosse de escanteio não é boa. **P19 (E)**

O profissional de saúde ao agir com comportamento semelhante ao exposto na fala anterior desconsidera a mulher como sujeito de direito envolvida diretamente nas ações de seu cuidado. Desvaloriza o modelo de atenção que prioriza a corresponsabilização do cuidado, numa dinâmica na qual cuidador e sujeito cuidado atuam conjuntamente na estruturação de formas de cuidar corresponsáveis.

Para que a corresponsabilidade sobrevenha faz-se necessário que a mulher saiba o que acontece sobre o seu corpo. Ao profissional, cabe esclarecer suas dúvidas, orientar sobre procedimento e compartilhar as condutas que são planejadas em cada momento da assistência.

Assim, há uma imposição pelo profissional de regras e valores que ele julga ser o mais adequado a ser realizado sob aquela mulher, colocando-a em uma situação de inferioridade e subjulgando os seus desejos e saberes (SILVA *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

As relações entre profissionais de saúde e as mulheres assistidas ocorrem no terreno da desigualdade técnico-científica. Os profissionais detentores da autoridade podem utilizar-se da soberania produzida pelo conhecimento para impor os limites que consideram necessários e inclusive decidir pelo outro. Desqualificando as interações que podem resultar do encontro entre os sujeitos envolvidos na assistência e da produção do cuidado (HOTIMSKY, 2007).

A relação dos profissionais com as usuárias passam a ser sustentadas na autoridade e poder, pois elas não são devidamente informadas sobre os acontecimentos sendo submetidas ao cuidado autoritário, a apropriação de seus corpos, sem qualquer possibilidade de questionar os procedimentos e os eventos que acontecem sob si durante a assistência (HOTIMSKY, SCHRAIBER, 2005; HOTIMSKY, 2007; GUILLÉN, 2015).

Outro comportamento revelado como violento acontece quando o profissional desconsidera os medos apresentados pela parturiente bem com as fragilidades inerente ao momento vivenciado. Sendo assim,

Ela está frágil, é uma situação de vulnerabilidade. Se formos parar para pensar elas chegam em um hospital que, muitas vezes, não foi ela quem escolheu. Ela entrega parte daquele momento tão especial na sua vida na mão de profissionais que são desconhecidos. Uma ambiência nova, profissionais que nunca viu! Então, tudo isso pode gerar medo, medo de dizer, medo de não dizer, medo do que fazer, medo do que não fazer. Será que devo gritar? Será que tenho que ficar quieta? Será que se gritar vão me atender? Será que se não gritar vão me atender melhor? Então, são

construções sociais no cenário do parto e isso vem de alguma forma, como defesa talvez da mulher, permitir que certos atos de violência ocorram. Não que ela concorde com aquilo, não que tenha o seu consentimento. Mas, por uma questão de medo, de medo em relação a sua vida, quanto à vida do seu bebê ela permite que aconteça. **P15 (GF2)**

Geralmente as mulheres estão muito vulneráveis. A maioria com medo, medo da dor, medo de passar por algum procedimento que não seja o seu desejo, medo do desconhecido. A gente lida muito com medo, mulheres acuadas por medo [...] ela está sozinha com medo do desconhecido, têm medo do que pode acontecer com suas vidas longe da família. As mulheres sentem na maternidade, em sua grande maioria, medo do desconhecido, medo do parto, medo do que possa acontecer [...] ela não tem direito de escolha, se ela soubesse que aquilo não deveria ser feito, que é desnecessário, que é excessivo e ainda está vulnerável por conta da dor. **P10 (E)**

Eu acho que a violência psicológica é pior. Você não sabe o que está passando na cabeça daquela mulher, ela está fragilizada, então ela só precisa duma conversa, um apoio, você estar do seu lado. **P16 (E)**

Porque no momento que você está parindo, acredito que você se sinta muito vulnerável. Até pelo medo de acontecer alguma coisa com o bebê. **P20 (E)**

O parto é identificado pelos residentes como um momento de incertezas que geram o sentimento de medo que é vivenciado pelas mulheres. Elas temem o que é desconhecido, o que pode vir a acontecer com elas e com seus filhos, desconhece como poderiam interagir com a equipe assistencial e sentem-se fragilizadas com tudo.

O processo de dar à luz cria momentos de grande vulnerabilidade e solidão, e muitas vezes as mulheres não têm apoio dos profissionais. Esses, muitas vezes em decorrência de seu treinamento profissional, manifestam insensibilidade ao invés de empatia. Isso sem mencionar as ocasiões em que a parturiente chega a ser submetida à violência de agressões físicas e verbais (HOTIMSKY *et al.*, 2017, p. 1307).

O profissional que não está atento às necessidades apresentadas pelas usuárias pode potencializar os medos existentes e fragilizar as relações que deveriam ser sustentadas na confiança, no respeito e nos princípios éticos da profissão. Diniz *et al.* (2015) citando o texto de Beech e Willington (1960) revelam uma realidade encontrada no Reino Unido na década de 60 e que no Brasil no século XXI ainda permanece com suas semelhanças em que mulheres continuam a enfrentar a solidão, a falta de empatia e trato dos profissionais, a falta de ambiente que promova a privacidade, as rotinas engessar em regras e protocolos o que refletem nas experiências negativas produzidas nas instituições.

Atuar de maneira desatualizada utilizando-se da má prática assistencial também é qualificado pelos participantes como atos de violência praticados no agir dos profissionais. Dessa forma:

Mas se você também está favorecendo a violência obstétrica com uma má-prática obstétrica. Você inevitavelmente vai ser violento, está prestando uma assistência desqualificada para a mulher. Daí falar que não sabia que isso não é violência?! É violência e continua sendo violência. **P12 (GF1)**

A violência obstétrica se confunde com a má prática também, às vezes, não sabemos o que é um ou outro. Até quando a pessoa fez aquilo por falta de formação, de estudo, de atualização. **P13 (GF1)**

Para as práticas físicas, a gente tem protocolo, mas os profissionais piores nem leem os protocolos, não querem ler. Você pode escrever lá: “Não estimular o períneo”. Você pode escrever isso, mas as práticas que são verbais não têm como! Isso aí da pessoa não formar um vínculo, não querer um vínculo com a paciente, essa pessoa não vai mudar. Eu acho que isso é da pessoa. **P18 (GF2)**

O exercício de práticas que não são baseadas em evidências científicas é mencionado pelos participantes como uma das principais formas de agir do profissional que reverbera nos atos de VO.

A denominada “má-prática obstétrica” favorece a desqualificação do cuidado e contribui para a perpetuação de um fazer profissional que inviabiliza a mudança de atitudes. Afirmando os autores que:

A prática clínica distanciada das evidências científicas, a falta de transparência e a concentração de poder na tomada de decisões nas relações profissionais e institucionais com os usuários da saúde favorece a banalização de procedimentos não recomendados, que passam a ser consideradas normais (Lansky *et al.*, 2019, p. 2820).

Perfaz-se a construção e a reprodução histórica de condutas violentas que no cotidiano são difíceis de serem rompidas, como apresentado nas falas abaixo:

Acredito que violência obstétrica tem a ver com o profissional agindo baseado no que ele acredita tem que fazer, sendo uma evidência científica positiva ou não. Nesse momento ele pratica violência por não saber, por não ter informação de evidência ou por acreditar mesmo que a evidência diga que aquilo não é uma situação benéfica. Ele sempre fez! “Sempre fiz, sempre deu certo e vou continuar fazendo”. **P10 (GF1)**

Acho que é costume mesmo. “A vida inteira eu fiz assim e deu certo. Por mais que tenha uma evidência que fale o contrário. Então vou continuar fazendo”. Igual àqueles médicos velhos que acham que penicilina resolve tudo. “Eu sempre fiz assim, então, agora não vai ser diferente”. **P18 (GF2)**

Eu percebo um pensamento que: “Formei assim, a vida toda foi assim e vai continuar”. É a mesma justificativa quando o médico fala que fez episiotomia a vida toda, nunca teve problema e não é agora que vai dar. Então ele vai continuar fazendo. **P9 (E)**

Esse é o grande problema. As pessoas não veem que têm escolha de estudar, de dizer, de dar informações para as mulheres. Isso é uma escolha! Você escolhe simplesmente ficar confortável, lá no seu cantinho, fazendo as mesmas coisas que você sempre fez. **P10 (E)**

Ele continua fazendo sempre a mesma coisa e todo mundo ao redor que faz diferente é que tá errado. **P17 (E)**

Porque dependemos do outro, não é um protocolo institucional que vamos pregar na parede e agora o toque é de quatro em quatro horas. Beleza! Mas se a profissional quiser, ela vai ficar estimulando o períneo nessas quatro horas de intervalo entre um toque e outro. Então, não é uma questão institucional, é uma questão pessoal mesmo da postura do profissional. **P20 (E)**

Existe uma convicção profissional numa máxima que ecoa no “eu sempre fiz assim e continuarei fazendo”. Dessa maneira, o agir do profissional sustenta-se na reprodução de ações que foram aprendidas e não atualizadas. Não há espaço para vincular possibilidades de mudanças que qualifiquem o cuidado e que possam abolir as atitudes desatualizadas e ainda presentes nos serviços de atenção obstétrica.

Assim, em uma perspectiva cíclica, o profissional não está isento de praticar atos de violência sendo esta pertencente a uma estrutura constante do ser humano num universo de reprodução de ações e manutenção dos atos cotidianamente.

Maffesoli já pressupunha em seus textos sobre a essencialidade cíclica dos comportamentos em uma movente e contínua reprodução de atitudes ao longo dos tempos. Assim, “face aos grandes significantes que atravessam o corpo social, observa-se uma invariância de atitudes e de situações ao longo das histórias humanas” (MAFFESOLI, 2001b, p. 30).

A última característica apresentada pelos participantes para justificar o fenômeno da violência num primeiro momento parece ser contraditória as falas apresentadas anteriormente ao longo da categoria. No entanto, está descrito em afirmações no grupo focal e nas entrevistas que assentam a VO como uma condição pertencente ao cotidiano da obstétrica perfazendo em alguns momentos como necessária.

Os discursos apontam que a VO e a violência,

A violência também faz parte da vida, a pessoa não vai superar as coisas sem algum enfrentamento, sem lidar com as diversidades. Esses processos

podem ser mais ou menos traumatizantes, dependendo da bondade do profissional. [...] violência não é um negócio que tem jeito de acabar. Violência obstétrica não é um negócio que reunimos para extinguir. Se você está achando que vai extinguir a violência obstétrica você não sabe nada de violência obstétrica! É uma coisa inevitável! Mas pode ser minimizada as práticas que estão mais consolidadas devem ser abolidas. [...] Exemplo o preconceito durante o trabalho de parto, a violência psicológica com a mulher, os procedimentos defasados e desnecessários, a cesariana mal indicada, isso tudo são coisas sem necessidade. São violências que precisam acabar e ser combatidas. **P12 (GF1)**

Eu acho que infelizmente a gente não está isento de não praticar a violência obstétrica. **P9 (E)**

Como apresentado nos fragmentos supracitados a VO é reconhecida como pertencente à rotina das ações obstétricas de forma inevitável e no olhar dos residentes algo impossível de ser completamente extinto.

Assim, “o bárbaro não está mais às nossas portas, ultrapassou nossos muros, está em cada um de nós. Portanto, de nada serve julgá-lo, ou mesmo negá-lo. Sua força é tamanha que ele seria capaz de tudo submergir” (MAFFESOLI, 2008b, p. 11). O sociólogo sustenta o retorno da maldade como a face obscura de nossa existência que a todo instante tentamos domesticar, negociar e sucumbir.

Origina-se um desconforto no grupo focal entre os participantes com o posicionamento apresentado anteriormente. Igualmente com a possibilidade de criarem-se estratificações para classificar os atos de violência. As falas sugerem que:

Incomoda-me bastante. Eu vejo as pessoas falando: “Olha só, está errado, mas vamos fazer desse jeitinho, porque aí fora poderia ser pior.” A gente diminui e harmoniza. Mas está errado, continua sendo violência obstétrica, não tem como diminuir! Você pratica ou não! Não tem como ser menor ou maior! As pessoas se sentem tão habituadas a praticar a violência obstétrica que ficam aterrorizando tipos de violência. Esse tipo de violência, é violência, mas dá para fazer. Agora, essa daqui, nossa! É violência demais! Vamos evitar ou justificar certas violências como necessárias. **P1 (GF1)**

Às vezes, a gente traz uma escala: a violência pequena, média e grande. Na verdade, qualquer ato de violência é muito brutal. Não se tem consciência disso, porque não somos a pessoa que está sofrendo a violência. Mas essa mentalidade, esse comportamento de aceitar a violência como se ela estivesse escalas, como se fosse aceitável de alguma forma ou não, isso incomoda profundamente. É uma visão que tem que mudar. A violência é brutal e não deveria existir. Temos que lutar para que não existam em hipótese alguma e, talvez, chegue-se em um cenário ideal. Quem sabe?! **P7 (GF1)**

Até coloquei no grupo (grupo focal) essa questão de ser menos violento mais violento em algumas situações. Mas, situações muito graves, de violência maior seriam mesmo a episiotomia, o Kristeller. Considero que

isso é muito pior por violentar a mulher fisicamente. Igual no Código Civil tem os crimes por violência verbal, violência física e um são mais graves que outro sim. **P2 (E)**

A possibilidade de criar formas de segmentar os diferentes atos de violências, com conotações que sugiram, uma maior ou menor escala de agressão, é encarrado como uma estratégia para manter e invisibilizar sua ocorrência.

O desconforto produzido nas duas primeiras falas vem da concepção que todos os atos se configuram como violento sendo impossível atribuir maior ou menor grandeza até pelo fato de não sermos a pessoa violentada. “Excesso de luz escurece. Esse aforismo pascaliano pode servir-nos, ao contrário, para aceitar o claro-escuro induzido pela ambiência emocional e as contradições que lhe são inerentes” (MAFFESOLI, 2005, p. 15).

Mas existe a participante que considera haver um escalonamento das diferentes violências, assim como há uma diferenciação dos crimes como mais ou menos graves.

Ao caminhar na perspectiva apresentada pelos residentes em analisar os diversos atos de VO, reconhecemos nas falas que algumas ações podem ser consideradas como necessárias ou até mesmo permitida a sua realização em alguns contextos. Dessa maneira,

Algumas vertentes acreditam que violência é sempre violência. Não! Mas de vez em quando é necessária! Depende das circunstâncias fica uma violência amenizada. Não é uma violenciazinha ou essa daqui é tranquila! De vez em quando, ela é necessária. **P10 (GF1)**

A gente fica romantizando a violência. Se for para salvar a minha vida, para eu não morrer de choque não acho violento, estou achando maravilhoso (risos). **P13 (GF1)**

O melhor para mim é o que vai deixar a mulher e o neném bem, entendeu? Que eu não vou causar nenhum malefício para esse binômio. Entendeu? Eu acho que não é prejudicial não você fazer um fórceps se o menino estiver com bradicardia, morrendo, e você vê que não vai nascer. Entendeu? **P6 (GF1)**

É a questão do parto fórceps para a mulher. Elas enxergam como violência, mas para nós (profissionais de saúde), muitas vezes, é um parto que é o melhor para elas, é necessário e acaba sendo feito. **P8 (GF1)**

Algumas violências, algumas vezes, elas são necessárias, infelizmente! Por exemplo, quando você está no final do período expulsivo e precisa indicar o fórceps. O fórceps ele na minha visão é muito difícil de não se tornar uma violência mesmo quando vem indicado. Porque é uma coisa que por si só aumenta a morbidade materna, a chance de ter uma laceração grave. É um instrumento que está estigmatizado pela sociedade. Então, mesmo quando

vem indicado, é uma violência. Você vai falar que isso não é uma violência? Mesmo quando vem indicado? É uma violência. **P12 (GF1)**

Não considero procedimentos necessários como violência obstétrica. Porque pode ser que sejam necessários mesmo. Mas se usados em momentos desnecessários tornam-se uma violência obstétrica. **P17 (GF2)**

Assim, e claro que se for ou se fosse um procedimento que precisa ser feito de imediato, que se não for tomado tem um óbito, de certa maneira pode até ser entendido como um salvamento. **P19 (E)**

Então, elas entram no Hospital e tenho para mim que o mais importante é o bebê nascer bem. Assim, numa situação dessas vocês acabam escolhendo o seu bebê nascer bem ou você ter outras coisas [...] é justificável, aceitável e plausível. **P20 (E)**

As ações encaradas como necessárias no entendimento do residente perpassam por situações de stress/urgências onde a escolha em executar tal ato permanece firmada na manutenção do bem-estar materno e fetal sendo de certo modo justificável por quem está executando. Semelhante resultado foi encontrado no texto Marrero, Brüggemann (2018) ao reconhecerem que profissionais de saúde e gestores acreditam que as ações, como as relatadas nos depoimentos deste estudo, são as estratégias utilizadas para garantir a segurança e a qualidade do cuidado que é oferecido para a mulher e o recém-nascido.

Os procedimentos justificados passam a ser aceitos pelo grupo e não são considerados como violentos, sendo exemplificado em várias falas, a utilização do parto vaginal assistido com uso do fórceps diante de um estado fetal não tranquilizador. Assim, “isso força uma conversão do olhar: apreciar cada coisa a partir de sua própria lógica, de sua coerência subterrânea, e não de um julgamento exterior que dita o que ela deve ser” (MAFFESOLI, 2010c, p. 143-144).

Identificamos também o que no olhar do residente transformaria os procedimentos violentos em não violentos sendo apresentado nos discursos abaixo:

Depende de como ele é feito. Se for necessário fazer o parto fórceps com anestesia, na maioria das vezes, é feito com anestesia. Então, para elas, para eles isso é humanizado porque é feito de uma forma diferente que minimiza o sofrimento da mulher. Concordo que é uma linha tênue entre isso [...] independente da opinião que você tem se é violento ou não, que se faça a intervenção com humanização. Se você orienta a mulher, informa, respeita, previne a dor você está sendo humanizado, mesmo agindo com um ato invasivo ou não. **P2 (GF1)**

Mas se você explica para a mulher por mais que ela passar por aquele procedimento que seja ruim, um procedimento invasivo, a maneira que você explicou não trouxe outro malefício para a mulher, eu acho que é benéfico sim. **P6 (GF1)**

Mas, ao mesmo tempo não podemos deixar de ter a percepção que o parto é subjetivo e em alguns momentos a gente vai ter que fazer uma intervenção que vai gerar um desgaste para a mulher. Mas que não, necessariamente, vai ser o pior dos cenários, principalmente se tiver um cuidado, uma empatia de saber como conduzir essa situação, essa é a diferença. **P12 (GF1)**

Acho que o diálogo ele é sempre necessário. Já acompanhei inclusive uma paciente que precisava de um fórceps e, sinceramente, eu falar: nossa! Foi uma assistência que julguei humanizada no sentido de acolhimento, de informação, de circunstâncias. Houve um diálogo com a mãe de falar, de explicar o porquê do procedimento, de ter uma sensibilidade em respeitar a questão da analgesia para que aquela mulher não sofra. Quantas vezes a gente assiste um parto que não precisou de fórceps, não precisou de nada. Mas que a violência correu monstruosa durante o todo o processo de trabalho de parto. Então, o (nome do residente) da graduação poderia olhar simplesmente para um fórceps e ler: "intervenção, violência". Hoje faço essa leitura porque eu preciso considerar as relações humanas, é nisso que vem a humanização, é das relações humanas. Como a gente vai interagir com o acompanhante, com a mulher é isso que vai definir, inclusive, uma memória afetiva para aquela mulher do parto. [...] a forma como você fala, conduz uma intervenção. Tudo tem que ser explicado e consentimento. É o caminho para o que vai ser violência e o que não vai ser violência. **P15 (GF2)**

O procedimento necessário não é uma violência. Se a paciente entender o que está acontecendo, ela não se sente violentada [...] a paciente está entendendo o quê e porque está sendo feito não tem violência. Se bobear pode ter até um Kristeller necessário se tiver tudo bem explicado e ela entendendo e concordando [...] a paciente tem que entender, tem que consentir. Ela não está sendo violentada se tudo foi explicado e ela, concordou que é necessário naquele caso. **P18 (GF2)**

Aquela mulher tem capacidade de entender, ela sabe que ela precisa, e algo está diferente. Generaliza-se, você pode estar cometendo uma violência e não individualiza o que aquela mulher está te demandando como cuidado. Você está violentando o que ela acredita que seja necessário para o parto dela. **P7 (E)**

Então, eu penso o seguinte, a gente tem que fazer algumas intervenções? Sim. Mas, tudo é conversado. Então, se a pessoa faz modo autoritário e que não respeita, que não tem um diálogo com a pessoa, isso, pra mim, é uma violência. **P9 (E)**

Para que haja a transformação dos atos violentos em não violentos na perspectiva dos residentes é necessário interagir com a mulher, explicando o que e como será realizado. A empatia, o diálogo, o respeito com a parturiente mesmo em uma situação dita e considerada violenta, converge o ato em algo aceitável, uma "intervenção com humanização". "Esta sensibilidade em relação ao outro (em si, na natureza, na vida social) leva a uma concepção ampliada da realidade. Realidade plural, polissêmica. Realidade absoluta. A da experiência e do vivido coletivo" (MAFFESOLI, 2004, p. 149).

5.3 Violência obstétrica na unidade caso: convergências e divergências desveladas pelos residentes

A categoria em análise retrata a vivência da violência obstétrica no cotidiano específico da unidade caso da tese o HSF.

A categoria foi subdivida em duas subcategorias, sendo na primeira intitulada “O HSF reconhecido como uma instituição diferenciada na assistência ao parto e nascimento, mas, não livre de violência obstétrica”, relata sobre o reconhecimento pelos residentes do HSF como uma instituição diferenciada do cenário nacional por suas práticas de assistência ao parto e nascimento, pautadas na humanização e na prática baseada em evidência científica.

Apesar desse reconhecimento é revelado pelos participantes a importância da discussão sobre VO na instituição, ressaltando a gravidade dos problemas institucionais vividos e que contribuem para a ocorrência dos atos de violência. Os residentes apontam o processo de desconstrução de uma imagem idealizada antes da entrada em campo e as surpresas experimentadas, nesse cotidiano que é marcado por incertezas, decepções, enfrentamentos e pequenas vitórias.

Na segunda subcategoria intitulada “Os relatos de violência obstétrica no cotidiano da residência e os sentimentos aflorados”, apresentamos os relatos de VO descritos pelos residentes e vivenciados no cotidiano de formação e cuidado obstétrico. As descrições percorrem as violências reconhecidas como clássicas no cenário de atenção a mulher bem como violências identificadas como específicas ao universo do HSF e que necessitam ser reconhecidas e analisadas.

Finalizamos descrevendo os principais sentimentos produzidos nos residentes oriundos dessas vivências que perpassam pelos conflitos corriqueiros com descrições negativas que remetem a angústia, tristeza, indignação, desconforto com as questões experimentadas.

5.3.1 O HSF reconhecido como uma instituição diferenciada na assistência ao parto e nascimento, mas, não livre de violência obstétrica

Nos discursos dos entrevistados ao referenciar ao HSF existem uma preocupação em ressaltar algumas características que descrevem a instituição no cenário nacional e internacional na assistência a saúde da mulher e neonato.

Elencar a instituição a característica de ser referência para outras maternidades é algo revelado nas falas de alguns participantes do grupo focal. Assim,

O hospital é uma referência, o berço, o celeiro para a humanização. Nós recebemos pessoas de vários lugares do Brasil e de fora do Brasil. **P9 (GF1)**

Acho que todo lugar tem os pontos positivos e os pontos negativos. O Sofia tem muito de positivo. Senão a gente não sairia, largaria a família lá em (nome da cidade) para estar aqui. O que me faz aguentar dois anos é o amor que eu tenho por esta instituição apesar de todos os problemas! O amor que eu tenho pela enfermagem obstétrica apesar de todas as falhas! **P6 (GF1)**

No cenário nacional a gente tem que abraçar o hospital e defender o modelo que está sendo trabalhado. É muito superior à média do Brasil! De fato é um modelo inovador que valoriza o protagonismo da mulher, mesmo com todas as dificuldades. [...] Nós estamos debatendo entre pessoas que têm uma vivência muito especial. Porque além de termos informação, estamos na maior maternidade do país que já incorporou muito o conceito de parto mais respeitoso à mulher. **P12 (GF1)**

O Sofia é referência e você vê muita diferença para as outras instituições. **P6 (E)**

Encontramos nas falas acima um reconhecimento do HSF como “celeiro” para os processos de humanização da assistência obstétrica, o que atrai o olhar e a atenção de profissionais de todo o Brasil, por suas práticas inovadoras e de vanguarda que diferem o cuidado que é realizado na Instituição.

No que se refere às práticas de cuidado a mulher é enunciado que o hospital prioriza o respeito à mulher em suas escolhas e as práticas baseadas em evidência na assistência. Dessa maneira:

Acho importante colocar os pontos positivos que ajudam a minimizar algumas violências obstétricas. Por exemplo, o acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor, em muitas instituições não têm! A autonomia da mulher para escolher o que quer comer, a posição que quer parir. A mulher tem uma voz muito ativa aqui dentro do Sofia! Eu, como mulher, pariria aqui no Sofia! **P6 (GF1)**

Você vê que todo lugar tem defeito e nenhum lugar ele é perfeito! Mas o Sofia, em comparação com milhares de outras instituições, é um local que respeita muito a mulher. Eu vi muito pouco um profissional ir contra um desejo de uma mulher na instituição [...] não podemos deixar acabar essa essência! Se alguns hospitais tivessem um pouco da realidade que a gente tem aqui, seria ótimo! **P6 (E)**

A assistência que o hospital oferece onde a mulher pode ter o que elas querem, ter um parto respeitoso, um cuidado baseado em evidência, um manejo mais adequado da gestação. Um lugar que elas confiam. **P10 (E)**

Nos trechos anteriores são reconhecidas as práticas clínicas no trabalho de parto que se baseiam nas evidências científicas a citar: métodos não farmacológicos para alívio da dor, administração de dieta, liberdade de posição, respeito à autonomia da mulher. Elementos de grandiosidade para a construção de um parto respeitoso e humano.

As práticas de saúde vinculadas aos princípios doutrinários do SUS e ao que é posto na política da RC são outros atributos de notoriedade na Instituição. Conforme apresentados nos fragmentos abaixo:

É um local que principalmente ele acolhe todas as mulheres, acolhe todas, não nega vaga! Então, às vezes, não tem o leito disponível, mas arranjamos um jeito de arrumar um leito para aquela mulher, mas não mandamos a mulher de volta para a casa. Pelo menos acolhemos a mulher ou transferimos para outro serviço. Mas acolhemos a mulher, não deixamos desamparada perambulando pela rua em busca de um hospital. **P6 (GF1)**

Aprender aqui no Sofia é cuidar dessa população de acordo com os princípios do SUS! O Sofia ele é um hospital de portas abertas para todos os usuários. Por mais que não tenhamos a vaga arrumamos um leito e nenhuma usuária fica sem ser atendida. **P6 (E)**

Encontra-se em destaque uma característica da Instituição que se compromete em acolher toda e qualquer cidadã que procure e necessite dos serviços que são oferecidos pelo hospital.

Assim, seguindo o princípio máximo constitucional no SUS que prevê a saúde como um dever do Estado e um direito de todos, sendo reafirmado no princípio doutrinário da universalização da assistência. Ferla *et al.* (2017) afirmam que a construção do sistema de saúde brasileiro teve como pauta prioritária as questões que envolviam o acesso universal, o atendimento integral, a descentralização da gestão dos serviços e a inserção do controle social nas instituições.

Como também revelado no componente 4 da RC com a perspectiva da Vaga Sempre de acordo com a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, numa tentativa de abolir o que é reconhecido como mãe peregrina.

Outro atributo existente no HSF, e destacado pelos residentes nas falas, é a importância do trabalho em equipe num modelo multiprofissional de atenção a mulher e recém-nascido.

Têm um lado positivo para falar que é a questão da equipe multiprofissional. Considero um lado positivo para ser levantado. Embora tenhamos todos esses desafios pelo menos enquanto residente, aqui no Sofia consigo ter muita oportunidade de diálogo com colegas de outras profissões. Não sei se em outro hospital isso me permitiria. **P15 (GF2)**

O Sofia tem muito disso, a maioria dos profissionais valoriza muito o trabalho em equipe. Porque somos formados junto com a equipe multiprofissional. Então, como residentes da enfermagem obstétrica somos inseridos em discussão de caso, em discussão multidisciplinar. Então, o Sofia tem essa estratégia que permite uma união, um trabalho em equipe. **P6 (E)**

Estou inserida num modelo de serviço que se faz uma coisa boa, tenho aprendido a interagir e conviver com outros setores, com outras pessoas, com outros pequenos núcleos do plantão. Vejo o andamento das coisas! [...] São técnicos de enfermagem, enfermeiros, enfermeiros obstetras, secretárias, farmacêutico, médicos, outros residentes enfermeiros, outros residentes médicos. A nossa interação é muito boa, não tenho problemas com a interação entre profissionais, muito pelo contrário. **P10 (E)**

A formação e o trabalho em um modelo multiprofissional são marcantes como estratégia que permite a elaboração de um cuidado assistencial pautado nos diferentes conhecimentos e perspectivas das diversas profissões envolvidas.

Para Jardim e colaboradores (2017, p. 110) em um texto que retrata o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica na instituição unidade caso o trabalho em equipe multiprofissional proposto na instituição

é uma característica marcante na cultura organizacional do HSF e na assistência que é prestada. As discussões clínicas multidisciplinares, reuniões de equipe, interconsultas, são espaços de inserção dos residentes que fortalecem, qualificam e reafirmam a importância do olhar interdisciplinar e de continuidade dos cuidados prestados à mulher, ao recém-nascido e para a família na Instituição.

A perspectiva do modelo colaborativo de atenção remete a uma realidade na qual diferentes saberes são compartilhados sendo constituídos pelas diferentes categorias profissionais na busca pela reflexão coletiva da assistência que é oferecida com problematização dos processos em busca das melhorias necessárias (JARDIM *et al.*, 2017; LOPES *et al.*, 2010).

O modelo colaborativo de trabalho que associa saberes compartilhando atribuições e responsabilidades, dentro da equipe, também se revela como uma sólida estratégia na mudança do modelo de atenção obstétrica.

Corroborando com a assertiva anterior para Peduzzi (2001), o trabalho dentro da definição da multiprofissionalidade é acentuado pela relação de técnicas e saberes bem como dos diferentes profissionais que se interagem na construção de uma assistência que modifica os modos de fazer a saúde.

Nesse modelo de trabalho em equipe multiprofissional há um reconhecimento para a atuação da enfermagem obstétrica e do residente no cenário de atenção às mulheres na instituição. Assim,

Fico apavorada com os outros serviços. Assistência é muito pior onde não tem equipe de enfermagem obstétrica, é muito pior! Só tem o médico, ele é o rei, ele faz o que quiser! Tinha que ter uma lei para colocar enfermagem obstétrica em todas as maternidades, que é outro olhar mesmo. Mesmo as piores enfermeiras obstétricas vão respeitar mais aquela paciente do que grande parte dos médicos por aí no mundo. **P18 (GF2)**

Aqui o residente de enfermagem vai ficar dentro do quarto fazendo o cuidado para uma mulher. Acho fundamental para a mulher se sentir acolhida. Ter alguém explicando cada etapa do que está acontecendo no trabalho de parto. É o residente de enfermagem que faz isso! **P18 (E)**

Torna-se interessante pontuar que a primeira fala de valorização do papel exercido pela enfermeira na assistência provém de uma médica residente que enfatiza esse reconhecimento ao exprimir que mesmo o cuidado exercido pela pior EO, consegue ser mais respeitoso do que a assistência oferecida pela maioria dos médicos obstetras existentes.

A atuação da enfermeira obstétrica nas competências profissionais descritas pelo International Confederation of Midwives (ICM) tem um papel de parceria com a mulher e sua família, fortalecendo vínculos, compartilhando experiências, envolvendo no cuidado permeado por aspectos socioculturais, partilhando as responsabilidades e promovendo o empoderamento dos sujeitos que irão coletivamente buscar uma assistência de qualidade com respeito à dignidade e direitos humanos (ICM, 2014; ICM 2015).

O cuidado centrado na mulher e em sua família permite a manifestação dos sentimentos, desejos, expectativas e fazem com que as enfermeiras obstétricas exercitem a arte da reflexão contínua na busca pelo cuidado humano, respeitoso e seguro (ICM 2015).

Apesar desse contexto diferenciado de atenção, os participantes ressaltam a importância de ser discutido o fenômeno da VO no HSF. Revelam a relevância de não se negar a existência de atos violentos no cotidiano obstétrico, dessa maneira,

Porque, aqui, está tudo muito por debaixo dos panos. Vivi violência obstétrica esses dias acompanhando uma mulher e isso me marcou muito! Não iria comentar porque eu choro ao lembrar. **P3 (GF1)**

Aqui, realmente, é um hospital que tem muito privilégio. Aqui aprendemos uma assistência com cuidados que são diferenciados de outros locais. Aprendemos a ser um enfermeiro obstétrico diferenciado de outros locais, mas não é um local livre de violência obstétrica, entendeu? [...] Às vezes, nós não só levantar o nariz como falamos: “Ah estamos em uma instituição que não pratica violência obstétrica, uma Instituição que é 100% humanizada”. Porque a violência obstétrica está presente de forma oculta, direta e indiretamente na nossa assistência! **P6 (GF1)**

Por ser um assunto (violência obstétrica) velado na Instituição é muito difícil criar em cima dos fatos. **P7 (GF1)**

Acho que essas violências ficam muito debaixo do pano! Porque para uma maternidade que é referência em uma assistência humanizada acontecer diversos casos de violência obstétrica, pegaria mal. Então, fica muito debaixo dos panos e acaba que os colegas da mesma classe defendem o outro e deixa passar, vai deixando passar. **P8 (GF1)**

É um termo meio proibido dentro da Instituição! Falar que aconteceu violência obstétrica no Sofia é um grande tabu! Não acontece, não acontece (ironia). É um terreno livre de violência obstétrica. Então, aqui é um oásis, no mundo inteiro acontece muita violência obstétrica, mas aqui nenhuma, nenhuma, nenhuma. Só que não é verdade! **P12 (GF1)**

A VO é uma temática reconhecida pelos residentes como velada na Instituição, um verdadeiro tabu que permanece conforme a expressão “debaixo dos panos” não sendo reconhecido pelos profissionais, um termo proibido de ser discutido no ambiente de atenção obstétrica.

Num paradoxo existencial que não permitiria coexistir situações tão antagônicas numa maternidade respeitada por sua assistência humanizada e lidando com a presença de práticas de VO em seu cotidiano assistencial.

Os residentes são enfáticos em suas falas ao exprimirem que a VO existe sim, que a Instituição não é um terreno livre de sua ocorrência, sendo fundamental e urgente o mover das discussões, entre os atores envolvidos, no intuito de pensar e repensar seus diferentes contornos e particularidades.

O contexto manifesto nas falas anteriores é revelado pelos participantes como uma desconstrução da instituição outrora idealizada para a instituição real

vivenciada durante a formação, propondo uma reflexão sobre encontros e desencontros aflorados nesse processo.

Lansky *et al.* (2019) e Hotimsky (2007) alertam para os reflexos provocados pelas ações de VO na qualidade da assistência às mulheres, nas experiências parturitivas e na cultura sobre o nascimento, podendo comprometer a confiabilidade depositada nos serviços de atenção obstétrica e nas relações entre profissionais de saúde e usuárias.

Ainda que mediante essa experiência, os residentes ressaltam num primeiro momento que buscaram pelo HSF por vislumbrarem a possibilidade de uma formação em um modelo diferenciado de atenção obstétrica. Destarte,

Existem várias falas dos nossos colegas de um cenário idealizado de formação e o cenário real. Viemos com uma ideia, é justamente nessa construção, nessa visão de humanização, de celeiro de excelência de formação, de referência nacional e até internacional de assistência ao parto e nas boas-práticas. O impacto da violência na desconstrução disso é muito forte enquanto residente (emoção), até traumatizante para alguns de uma forma maior. Realmente traz um impacto meio negativo para a formação essa desconstrução. **P7 (GF1)**

Vim de (nome da cidade) para aqui porque eu queria uma formação diferente, uma formação que não teria em minha cidade. Que pudesse vivenciar um cenário com menos violência obstétrica. Com respeito às boas práticas ao parto e o nascimento, com respeito à mulher. **P6 (E)**

Desloquei de minha cidade para tentar vivenciar a experiência da assistência ao parto e nascimento, onde sabemos que a filosofia do hospital é a autonomia da mulher. Mas a gente se deparar com algumas questões institucionais que estão correlacionado ao comportamento do preceptor que é mais intervencionista, um pouco intolerante [...] a violência estará presente no cenário do nascimento, mas também vai ultrapassar para as relações profissionais. **P15 (E)**

Então, eu fico me questionando muito, por que vim para ver esse tipo de coisa? Não precisava ter vindo, poderia ter ficado lá na minha cidade que acontece igualzinho! Mas, pelo menos, estaria na casa dos meus pais. **P21 (E)**

O impacto produzido pela desconstrução vivida entre o imaginário e o real é encarado pelos participantes como algo traumático, difícil de ser vivenciado e superado, principalmente pelo fato de a desconstrução estar sustentadas em questões que envolvem a VO inconcebíveis de subsistir nessa Instituição.

Assim, a situação vivida “provoca um curto-circuito nas falsas oposições; ao contrário do que possa parecer, ela se faz espetáculo, verbaliza sua profunda ambivalência, é a um só tempo isto e aquilo” (MAFFESOLI, 2010a, p. 230), num processo de desconstrução do imaginário sobre a Instituição.

Os assombros produzidos pelo processo de desconstrução de um imaginário ainda repousam na incredulidade diante do que é vivido. Dessa forma,

O que me chama atenção é que só quem trabalha, ou, quem já trabalhou aqui que consegue reconhecer como é um cenário de profissionais que praticam violência obstétrica. Vivemos diariamente com violência obstétrica e fora parece que o Sofia não se enquadra dentro desse quesito. Isso me chama muito a atenção. **P1 (GF1)**

A gente traz muito da nossa vivência aqui no hospital, às vezes, pode ficar uma interpretação de que a gente não considera o Sofia ser tão bom, porque a imagem me parece uma coisa, só que..?! Na verdade, não acho que seria exatamente isso, uma imagem falsa ou que a gente tem uma imagem negativa. É que o tema (violência obstétrica) é pesado! **P12 (GF1)**

As pessoas que são de fora, ninguém acredita que acontece esse tipo de coisa aqui no Sofia! Qualquer lugar que seja, pode ser que aconteça, mas aqui no Sofia não acontece. Porque aqui é humanização em pessoa. **P14 (GF2)**

Então, chegamos nesse ponto da reflexão. Será que estamos oferecendo realmente a assistência humanizada, 100% humanizada que “pregamos”, sabe? **P6 (E)**

Cria-se uma lacuna que possibilita o questionamento sobre a assistência prestada, sobre as questões que envolvem a humanização do cuidado mesmo que no olhar externo o imaginário ainda coexista.

Numa tentativa de aproximar o leitor do momento de desconstrução promovido pelos desencontros assistenciais vivenciados pelos residentes, identificamos nas falas uma surpreendente analogia: aqui não é a Disney.

Quando converso com pessoas que trabalham em muitas maternidades, elas veem aqui como um lugar perfeito, a Disneylândia do parto normal, da humanização. A gente que está aqui sabe que não é bem assim que acontece! **P1 (GF1)**

Eu vim de (nome da cidade) para cá achando que aqui é a Disney! A gente tem um pensamento: “Ah, nossa! Ali é o hospital do conto de fadas, tudo é perfeito!” E não é, infelizmente não é. Às vezes você vem com uma expectativa muito grande e depara com situações ruins. **P6 (E)**

Tem dias que a gente sai com vontade de nunca mais voltar, que nem tudo são flores. Não vim achando que aqui era a Disney, já sabia que não. Diferente de muitos outros colegas meus. Mas também não imaginava que iria passar por situações que passei aqui dentro. **P16 (E)**

Tem muitas coisas que acontecem aqui que não aparecem para o resto do Brasil. Então, é por isso que a gente se sente mais frustrado. Porque dos lugares nós viemos, isso aqui era a Disney, tipo é perfeito, nada de errado. Até a gente pegar a primeira fila! (risos) **P21 (E)**

A idealização de um lugar perfeito é proposta com a aproximação analógica com a Disney, o parque temático mais conhecido por realizar os sonhos de inúmeras crianças ao redor do mundo, com contexto de um mundo fantástico, imaginado e idealizado que seu torna real ao ser experimentado.

A utopia da maternidade ideal construída pelos residentes para a Instituição HSF repousa-se no imaginário anteriormente idealizado da possibilidade de existir um universo surreal de assistência obstétrica com uma perfeição e harmonia que somente a analogia da Disney poderia revelar.

Para Maffesoli (2001b) a vida cotidiana é passível de ser compreendida por meio de analogias que escapam das representações perfeitas para trazer a luz suas obscuridades que fogem a objetividade racional. O imaginário rouba a cena e funda a estruturação do viver em sociedade, assim, o residente ao vislumbrar seu cenário de prática busca no seu imaginário aquilo que se apresenta como o mundo ideal, para depois constatar que o real possuiu uma polissemia de sentidos e possibilidades que podem em certo modo serem divergentes das questões imaginadas.

A constatação de que não existem lugares perfeitos e concomitantemente enfrentar as imperfeições existentes nesse cotidiano, despertam alguns sentimentos que são manifestos nas falas abaixo:

Vimos de outro cenário em (nome da cidade) muito ligado ao desrespeito ao corpo, às questões da violência institucionalizada. Quando chegamos num cenário que a princípio é de esperança e deparamos com esses elementos, ficamos desmotivado. **P15 (E)**

Muito mal! Fui ficando muito triste vendo aquilo acontecendo e desacreditando que exista isso numa instituição tão bem falada, recomendada. **P20 (E)**

A frustração vem muito em função disso, dessas expectativas que a gente tinha. Traz uma decepção porque é uma coisa que não esperávamos. Não esperava vir aqui e ver tanta violência! Num lugar que não era para não ter nenhuma, que era para ser todo perfeito, tanto com as mulheres, como com os profissionais em suas relações [...] É muito decepcionante porque tudo que a gente escuta é maravilhoso. Quando a gente chega para acompanhar numa expectativa que vai ser show de assistência, há uma desconstrução de tudo aquilo que havia sido construído pela voz dos outros. Isso é horrível! **P21 (E)**

Desmotivação, frustração, decepção, tristeza são alguns sentimentos enunciados nas falas dos participantes diante da queda da imagem idealizada pela

voz do outro. Expectativas são rompidas nesse cenário que seria de esperança para muitos e que ainda permanece inconcebível no olhar dos residentes.

Esse sentimento de incredulidade diante do que não deveria existir nesse cenário estende-se para a atuação dos profissionais que são lotados na instituição. Assim,

Olha, eu fiquei assustada! Mais pelo contexto do hospital de referência, do que com o Médico propriamente dito (referindo ao contexto vivenciado). Porque se tem relato de violências obstétricas feitas por Médicos, são milhares! [...] Então, sei que é uma coisa normal para alguns, infelizmente é normal. Então, ver um Médico fazendo aquilo, me surpreendeu por ser aqui, nesse sentido, não por ser um Médico! **P20 (E)**

Ver uma Enfermeira Obstetra fazendo o que vi me trouxe muita tristeza de pensar que a mulher pode planejar o parto dela, pensando que vai para o lugar X, para ser respeitada, para ser atendida por Enfermeiras Obstetras. Estou aqui, apreendendo a ser uma Enfermeira Obstetra e pensando: Gente, como que uma pessoa é capaz de fazer isso! (referindo ao ato de violência) Fiquei muito triste! Foi uma das situações que mais me marcou na residência inteira. Fiquei muito assustada de pensar que isso pode acontecer, você pensa assim: “Não, isso não pode acontecer no Sofia. Isso não pode acontecer pelas mãos de uma Enfermeira Obstetra e por uma mulher. Ela é tudo que eu sou! Ela é mulher, ela é Enfermeira Obstetra e ela trabalha no Sofia. Tudo que eu quero ser!” (emoção e pausa). Então, é muito decepcionante e muito triste. Fiquei pensando muito nessa situação, naquela mulher e em quantas mulheres podem estar sofrendo isso sem a gente saber. Porque, muitas vezes está lá somente a Enfermeira Obstetra e a paciente dentro quarto. Foi uma situação muito pesada. **P20 (E)**

A ruptura entre o que fora idealizado com a realidade encontrada percorre pela atuação dos profissionais seja qual for à especialidade. Assim, com outrora era inadmissível pelos residentes existirem atos de VO no HSF, também era inimaginável terem profissionais praticantes dessas ações na Instituição.

No entanto, lembremos que as condutas identificadas com violência emergem das ações que são produzidas pelos sujeitos em suas relações assistenciais diariamente. Existe a VO, existem profissionais que as realizam.

Embora vivendo as adversidades cotidianas, encontramos nos relatos que o residente não se arrepende de estar na instituição.

Aqui, tem muitas coisas maravilhosas. Não me arrependo de estar aqui! Porque aprendi bastante todos os dias. Mas também tem coisas que a gente não pode esconder! **P3 (GF1)**

Venho de (nome da cidade) acreditando que aqui é o melhor local para aprender. Por um lado, ainda acredito que aqui é o melhor lugar para aprender mesmo diante de toda essa adversidade! Só que não vou ficar calado, não vou fingir que não existe que o Sofia é o melhor lugar do mundo e ponto final, porque não é. **P15 (GF2)**

É uma coisa que falo, tem todos os problemas aqui, tem as coisas boas, tem as coisas ruins. Posso falar o máximo, posso reclamar, posso criticar. Mas não fala mal daqui comigo não, porque fico brava! É igual um filho feio, não existe filho feio para a mãe! (risos) Você não fala que o meu filho é feio porque vou ficar muito brava! **P16 (E)**

Na verdade, a gente não pode nunca entrar num lugar achando que é perfeito porque a gente lida com pessoas. Quantas pessoas trabalham aqui? Querendo ou não as pessoas que fazem o lugar! Acho que tem muito melhores assistências do que má assistências. Muito mais coisa para se alegrar e se emocionar junto com as famílias, do que coisas pra se entristecer junto aos profissionais específicos que as produzem. À medida que você vai vendo, entendendo, que o lugar não é perfeito, você começa a ver que pelo menos tem mais coisas boas. Então, traz um pouco de alívio! Mas, não que isso não tenha que ser mudado! Acho que tem muita mudança a ser feita, mas por outro lado, é muito melhor do que outras assistências, outros lugares. **P20 (E)**

As falas revelam que mesmo diante do desmantelar de um mito, de um imaginário permanece um reconhecimento do HSF como uma Instituição ainda num contexto diferenciado e não há arrependimento por parte dos residentes de estarem ou permanecem na maternidade.

O fato dos entrevistados de discernirem isso não minimizam os problemas identificados na Instituição, nem tampouco o desejo por mudanças que priorizem a melhoria da qualidade da assistência à mulher nos cuidados obstétricos.

5.3.2 Os relatos de violência obstétrica no cotidiano da residência e os sentimentos aflorados

No discorrer dessa subcategoria elencamos especificamente os relatos de VO enunciados pelos participantes no grupo focal e nas entrevistas em profundidade e experimentados durante as relações de formação na residência.

Atribuídas também algumas características identificadas pelos participantes como potencializadoras para a ocorrência da VO especificamente no cenário de atenção discutido, o HSF.

Iniciaremos a discussão pelas questões organizacionais e estruturais da instituição que expõem as fragilidades no atendimento obstétrico. Assim,

O grande número de atendimentos que se tem na maternidade, essa quantidade interfere na assistência. **P2 (E)**

Uma violência de uma logística talvez institucional e extrapola esses muros. Porque se tem uma maternidade que está concentrada esse número de partos, é porque outras não tão dando conta de assumir! Aí a coisa cresce por consequência quando você tem um pré-parto lotado, com uma enfermeira obstetra, uma residente para seis leitos ou mais, com mulheres aguardando no corredor, uma sala de parto lotada a assistência vai sendo atropelada. A gente vai justificando ações, por exemplo se no pré-parto todo mundo está induzindo, rompe bolsa de todas e liga ocitocina, então, a violência começa num nascimento rápido e não assistida de forma adequada. [...] Essa logística está atrelada a demanda assistencial, à maternidade de grande porte! A gente assistia cerca de mil partos, novecentos partos por mês!, Num plantão de 12 horas é quase a cada 30 minutos você têm um parto. E a equipe acompanhando o parto, recebendo outra mulher, dando orientação, iniciando amamentação, verificando sinais de gravidade ou hemorragia, conferindo exames de pré-natal, exames de admissão, ufa! Então essa logística, essa demanda da assistência muitas vezes nos faz ter um olhar muito mecânico em relação ao corpo daquela mulher! O quê tem que avaliar? Mamada, períneo, sangramento, membro inferior, se tiver algum risco pode passar despercebido! **P7 (E)**

Tem os aspectos de estrutura física que causam violência. Temos o exemplo de mulheres que chegam e não tem vaga para elas no setor onde elas deveriam estar. Elas ficam no corredor, muitas com sangramento, trabalho de parto prematuro. Já aconteceu de nascer no meio do corredor comigo o bebê de mulher estava aguardando vaga. Isso é uma violência por estrutura institucional. Não tem vaga, não tem lugar para colocá-la para deitar! **P10 (E)**

Para mim violência obstétrica não é só um procedimento. É a falta de assistência para essa paciente que está aqui vulnerável. Chega aqui em busca de um atendimento de qualidade. E cadê esse atendimento de qualidade? [...] Uma demanda tão grande com poucos profissionais, mas se tivesse poucos profissionais e todos tivessem empenhados? Agora tem o profissional que você chama e fica lá deitado na cama, enquanto a mulher está sangrando, que não pode levantar, que tem que dormir. **P16 (E)**

Nem sempre à noite temos um cuidado de qualidade. Tem paciente que fica sozinha porque tem enfermeira cuidando de mais de um quarto ao mesmo tempo. Como conseguimos enxergar a necessidade de cada um, de individualizar qual seria a sua conduta com aquela paciente? [...] A paciente está desassistida, a paciente fica mais sozinha. São essas violências não tradicionais que acontecem, não vai ter ninguém gritando com ela, mas estará menos assistida que também é uma violência. [...] Não conseguimos pelo volume muito grande olhar a cada uma individualmente. Por tentarmos implantar um modelo humanizado, nem sempre estamos conseguindo no lugar que têm mil partos por mês! Às vezes fico me perguntando: Será que metade é humanizada, será que é trinta por cento [risos]? [...] Se tivesse mais médicos, poderia ficar um no pré-parto, um na sala de parto, mais demandas seriam atendidas. Se tivesse mais enfermeiras obstetras. Tem uma enfermeira cuidando de dois quartos diferentes deveria ter um para cada um. Um número maior de profissionais maior resolveria isso. Se tivesse um número maior de profissionais os partos ficariam mas bem atendidos. **P18 (E)**

Que mais que isso impacta (alta demanda), em relação à violência? Acho que a gente faz muito mais intervenções desnecessárias, deixa de ficar ao lado da mulher para correr de um lado para o outro apagando incêndio, sabe?! Não oferece uma assistência de qualidade! Às vezes, a mulher vem para o Sofia, em busca disso e acaba não encontrando. **P21 (E)**

As questões de ordem estrutural e organizacional vividas no HSF produzem repercussões importantes na assistência que é oferecida a mulher seja pela carência de um leito diante do volume de atendimento prestado que abre precedentes para a realização de procedimentos desnecessários ou desqualificados, seja na dificuldade de individualizar o cuidado mediante a um quantitativo reduzido de profissionais em um plantão noturno.

É notório nas falas anteriores que a principal fonte de preocupação dos residentes e que contribui diretamente para as questões relativas à desqualificação do cuidado está na alta demanda assistencial.

Os participantes questionam por diferentes momentos o que essa característica do serviço produz no cuidado obstétrico: excesso de intervenções, procedimentos desnecessários, dificuldades em individualizar o cuidado, desumanização da assistência e a perda significativa da qualidade da atenção obstétrica realizada. Ao ponto de um participante questionar o percentual de partos realizados na Instituição que são realmente humanizados.

Ademais o mesmo questionamento foi encontrado durante os dias de observação participante em que a alta rotatividade de pacientes gerava um incômodo nos residentes pela precariedade na formação do vínculo, na dificuldade de individualização do cuidado e no manejo adequado das situações clínicas vivenciadas.

No desenrolar das discussões sobre a estruturação da Instituição para o atendimento das mulheres emerge a temática do subfinanciamento atrelado as características de um serviço totalmente dependente do SUS. Nesse momento,

Algumas coisas que são feitas acontecem por causa do subfinanciamento da instituição e de como está desenhada a assistência na rede de obstetrícia de (nome do município). **P12 (GF1)**

Acho que o Governo deveria investir mais numa instituição igual o Sofia Feldman! Porque apesar de alguns defeitos que existem, é uma instituição de referência [...] É um hospital que necessita de incentivo (referindo ao financeiro)! É um hospital que ele não pode morrer, que deveria ter um pouco mais de incentivo. Muitas coisas que são defeitos, entre aspas, do Sofia, são porque não tem recursos suficientes. **P6 (E)**

A questão das políticas nacionais como pode dizer, de um dimensionamento inadequado, de profissionais. Devido ao subfinanciamento do SUS isso traz sofrimento em relação à descarga de trabalho para a equipe com qual se compartilha aquele plantão. **P15 (E)**

Há um sentimento coletivo de solidariedade diante das questões de cunho financeiro vividas na Instituição que refletem diretamente na organização e na sobrevivência do serviço. É o viver social que revigora o sentido comunitário de ser em sua solidariedade orgânica, com expressão do imaginário societal no cimento que nos une e sustenta (MAFFESOLI, 2005).

Os reflexos emergentes do subfinanciamento e da crise financeira agravada notoriamente nos últimos anos também é revelado nos discursos produzidos pelos residentes.

Temos que buscar maneiras de melhorar a qualidade da assistência em relação à mulher. É o retrato do Sofia a qualidade na assistência. Não podemos perder isso apesar da crise financeira. **P2 (E)**

Sobrecarga de trabalho, questão salarial, desrespeito entre as pessoas, relações interpessoais desgastadas. É tudo muito banalizado! As pessoas desrespeitam como se não fosse nada! O desrespeito ocorre entre os próprios colegas de trabalho, usuário e profissional. Não sei se é esse momento atual que estamos vivendo (referindo a crise). Existe um conflito ético das pessoas de acharem que aquilo é certo e tem que impor ao outro. **P9 (E)**

Dimensionamento de pessoal, a lotação, excesso de demanda dos usuários, falta de equipamentos, falta de materiais para que possamos oferecer uma qualidade melhor no serviço. Mas acho que, o maior peso em si, são das relações e comportamentos. [...] É difícil viver numa instituição em crise! Percebo que é cansativo desgastante tentar manter as relações em meio às adversidades. **P15 (E)**

Vejo a luta pelo direito dessas mulheres, a luta de todos os dias! Independente de crise, de recurso de material, de recursos humanos. A luta para prestar a melhor assistência possível! **P17 (E)**

Está diminuindo a cada dia o número de enfermeiras obstetras. Tinha mais na sala de parto, uma a mais na admissão, na maioria dos setores. Por causa da crise financeira diminuiu o número de enfermeiras por plantão. Tem plantões que estão com um obstetra e antes eram dois. **P18 (E)**

Estava falando dos enfermeiros assistenciais. Já ouvi muitos assistenciais falando assim: "Ah, vou fazer metade do meu serviço, porque estou recebendo metade do meu salário!" Então, acho que isso é violência obstétrica, porque como que você fala para a mulher: "Vou fazer metade do meu serviço! Vou puncionar só um acesso não vou puncionar dois porque eu recebi somente meio salário! [...] Chegamos aqui com o bonde andando, no momento de forte crise, com os ânimos das pessoas a flor da pele. O hospital, basicamente, sempre viveu nesse modelo de crise. Recupera, cai, recupera de novo, cai de novo e assim vai indo. [...] As pessoas não estão motivadas para melhorar, principalmente, nesse momento. As pessoas estão desmotivadas. Começaram a sair do serviço e nisso já saíram muitas pessoas boas e muitas pessoas que eram comprometidas com a residência! A gente perdeu muito. **P21 (E)**

A crise financeira vivida pela Instituição advinda das questões relativas ao financiamento produz repercussões no processo de trabalho e organização do

serviço sendo identificada nas falas que remetem: a sobrecarga de trabalho, ao excesso de demanda assistencial, as relações interpessoais fragilizadas, aos atrasos salariais, a falta de recursos materiais/insumos, a redução do quantitativo de profissionais.

Os residentes retratam que vivenciar a crise da Instituição, imersos no processo formativo, não tem sido uma tarefa simples, inclusive porque as questões salariais impactam no cotidiano da assistência por dificultar as relações de trabalho e o cuidado que é oferecido para a usuária. Ademais uma fala acentua essa questão quando no encontro com uma enfermeira assistencial ela pontua que irá naquele plantão executar apenas metade das suas funções por ter recebido apenas a metade do seu salário.

A percepção das dificuldades vivenciadas relativas à crise também foi identificada na observação participante com os mesmos contornos que foram revelados nas falas anteriores.

Mediante as questões vividas e, principalmente, diante das dificuldades nas relações interpessoais existentes, os residentes sinalizam um impedimento na tomada de medidas que promovam o enfrentamento da VO no serviço. Dessa maneira:

Porque tenho para mim que as coordenações sabem as pessoas da assistência direta que praticam repetidamente violências obstétricas. Sabem nomear, algumas estão há anos trabalhando no hospital. **P1 (GF1)**

As coordenações já sabem as pessoas que praticam. Não sei se por meio de denúncias, de relatos de outros profissionais, de denúncias das mulheres e acompanhantes. Sei que algumas pessoas que fazem violência obstétrica já são profissionais identificados pelas coordenações. [...] Muito pouco se tem feito porque essas as pessoas, esses profissionais estão aí, estão há anos fazendo as mesmas coisas. **P1 (E)**

Não sei se já houve tentativa de conversar. Não sei quais as medidas que já foram tomadas. Sei que, algumas vezes, chamaram para conversar o que não surtiu efeito. Mas, as mulheres continuam expostas a essas situações. [...] Conversar com ele sobre isso (violência)? Porque ele não tem abertura para conversar a respeito de violência obstétrica. As pessoas se habituaram à maneira como ele faz, executa esses procedimentos. Não sei se as pessoas não querem ver. Têm algumas pessoas que se incomodam, mas outras, em minha opinião, fingem que não estão vendo ou não querem ver. Porque não conseguem falar, acham que se falar não vai resolver e as coisas vão continuar do mesmo jeito. **P19 (E)**

A pessoa continua a trabalhar aqui! As pessoas sabem e autorizam ela estar aqui! Independente disso. Então, seria ruim só para mim uma situação dessa. Não aconteceria nada com a pessoa, por outro lado, poderia ser ainda pior para mim, como residente [...] vamos supor que essa pessoa foi

chamada para conversar, que é o mínimo a ser feito. Não sei se faria a diferença, mas atitudes mais drásticas não aconteceriam com ela. **P20 (E)**

Os discursos acima revelam um comportamento histórico de alguns profissionais na assistência que são reconhecidos por praticarem os atos de violência e que de certo modo permanecem imunes as correções. Além disso, há nas falas uma incredulidade nas medidas que são adotadas pelas coordenações, pois os comportamentos não são modificados e no olhar dos residentes as questões permaneceram imutáveis no cotidiano, além dessas pessoas permanecem atuando no serviço ao longo dos anos.

Ressaltamos algumas falas que acentuam diretamente o comportamento dos profissionais do serviço, assim:

Tem alguns profissionais, que mesmo sendo bem experientes, velhos de casa, eles fazem ainda dessa forma. Talvez, porque aprenderam isso há um tempo ou acabou desenvolvendo isso no dia a dia. **P2 (E)**

Porque quem já está no serviço é muito difícil não gosta de se adaptar ao que é novo. Sei que não vamos conseguir mudar tudo, mas se você conseguir pelo menos mudar para aquela paciente já está bom. **P16 (E)**

Têm coisas que nunca conseguirei entender! Como que as pessoas sabem que acontece esse tipo de coisa e faz de conta que não acontece? Não se importa? Então, a gente teria que falar todo mundo à mesma língua, praticar a mesma assistência, organizar da mesma maneira e não é assim que funciona. **P21 (E)**

Durante a realização do grupo focal e da entrevista todos os residentes narraram algumas situações vividas de VO durante as práticas assistenciais. Para auxiliar a análise das falas serão apresentadas, primeiramente, as formas de violência consideradas clássicas na atenção obstétrica e, posteriormente, algumas violências que foram consideradas como particular ao HSF.

A estimulação perineal, a execução de episiotomia e a utilização desnecessária de ocitocina apareceram como as primeiras formas clássicas de VO vividas na Instituição.

Ele fez uma sessão de violência obstétrica na mulher. Estimulou o períneo! Colocou a mão na vagina da mulher e ficou balançando sua mão lá dentro. Ficou abrindo a vagina da mulher para vê se o bebê vinha. Ficaram mandando a mulher fazer força e isso tempo todo com a mão lá na vagina da mulher. Enfim, fiquei só observando, não consegui falar nada, não conseguia nem segurar a mão da mulher, fiquei chocada. Não consegui mais conversar com a mulher e ela também não falou mais nada comigo (emoção). **P1 (E)**

Estava acompanhando outro trabalho de parto, tinha um enfermeiro obstétrico acompanhando comigo e falou assim: "Ah, (nome da residente) pode sair do quarto e ir descansar!". Depois que saiu ele foi lá e fez uma episiotomia na mulher. Ele me tirou do campo para fazer a episiotomia. Eu só fiquei sabendo na hora que eu voltei que ele fez a episiotomia. **P8 (GF1)**

Lembro-me de uma paciente que estava na admissão com cinco centímetros, estava sentindo muita dor e pediu analgesia. Ela tomou analgesia e menos de três horas, logo na próxima avaliação, ela chegou à dilatação completa. Então, ela estava indo super bem, indo rápido para uma primigesta. Lembro que na analgesia ela estava com quatro contrações de 40 e começando a fazer puxos espontâneos. Lembro que falei para minha preceptora que não tinha necessidade de ocitocina. Falei que eu não concordava, de forma tranquila, pacífica mostrando que tinha acabado de fazer uma dinâmica uterina. Ela simplesmente ordenou que ligasse uma ocitocina. "Eu quero que essa paciente tenha ocitocina!". Não concordei, lembro inclusive da enfermeira assistencial que estava comigo falar: "Ligo ou não ligo?" Eu falei: "Por mim você não liga, mas ela é enfermeira obstetra do plantão ou você vai por mim ou você vai por ela". Então, ela foi começando a aumentar a ocitocina. O bebê nasceu extremamente ruim. [...] Ela gritava: "Não vou assinar nada!". Ficou nítido que ela sabia da culpa que tinha em relação aquele cenário. Do que ela tinha provocado com o início desnecessário da ocitocina. Eu tinha anotado: "Fulano conduz o parto com ocitocina. Fulano que começou a conduzir com ocitocina". Acho que ela (a preceptora) ficou apreensiva porque não queria assinar aquilo (o prontuário) porque o bebê não havia nascido bem. Mas, da forma que ela falou quis passar para paciente que a culpa não teria partido dela. **P15 (GF2)**

Os procedimentos narrados, anteriormente, remetem a situações cotidianas que mesmo sem a real indicação clínica são utilizadas para estimular o nascimento revelando uma condução do trabalho de parto que foge as evidências científicas.

Em uma determinada fala há uma postura profissional de medo diante do desfecho ruim que poderia ter sido ocasionado por sua ação iatrogênica ao iniciar uma medicação, no caso a ocitocina, sem uma indicação clínica adequada. Além disso, o residente é posto na linha de frente quando a profissional não assume sua conduta perante a paciente e nega-se em assinar quaisquer documentos que comprovem a sua associação com a realização do procedimento.

Diniz *et al.* (2105), Lansky *et al.* (2019) alertam que os procedimentos realizados sem justificativa e de forma desnecessária podem ocasionar iatrogenias e riscos adicionais com repercussões na morbimortalidade materna e neonatal num contexto completamente evitável.

Os autores Carroli e Mignini (2008) trouxeram em sua revisão sistemática sobre a utilização da episiotomia no parto vaginal comparando o seu uso de rotina versus o uso seletivo algumas considerações importantes.

O estudo concluiu que comparando ao uso de rotina, a episiotomia seletiva resultou em menos trauma perineal grave (RR 0.67, 95% IC: 0.49 à 0.91); menos necessidade de sutura (RR 0.71, 95% CI: 0.61 à 0.81) e menor incidência de complicações na ferida (RR 0.69, 95% CI: 0.56 à 0.85). Episiotomia seletiva foi associada a mais trauma perineal anterior (RR 1.84, 95% CI: 1.61 à 2.10). Não houve diferença nos traumas perineais e vaginais graves (RR 0.92, 95% CI: 0.72 à 1.18); na dispareunia (RR 1.02, 95% CI 0.90 à 1.16); na incontinência urinária (RR 0.98, 95% CI 0.79 à 1.20) ou várias medidas para dor (CARROLI, MIGNINI; 2008). Assim, a adoção da prática de episiotomia seletiva parece apresentar vários benefícios em comparação a utilização da episiotomia de rotina.

Outra violência encontrada nas falas remete a realização da Manobra de Kristeller.

Estava acompanhando um trabalho de parto que foi indicado o fórceps. Levamos a mulher na litotomia, tentou-se passar o fórceps, tentou puxar deu distócia de ombro. Foram fazer a manobra de MacRobert, só que em vez de fazer a pressão supra púbica, o anestesista que estava na sala, subiu em cima da maca que estava deitada a mulher e simplesmente apoiou com as duas mãos na barriga da mulher, subindo em cima e fazendo força para empurrar a criança. A enfermeira obstetra que estava comigo não falou nada. O médico obstetra quando o anestesista fez isso, perguntou “é assim?”, o médico obstetra falou que era. Então, como residente me senti impotente, porque, se a minha preceptora, que é responsável por mim, não disse nada, o médico, que estava conduzindo naquele momento, falou que era daquele jeito, eu fiquei assim: “Meu Deus, o que eu faço?” [...] o que é mais triste, que eu já tinha conversado, porque ela (a mulher) me perguntou: “Aqui, vocês não empurram a barriga não?”, e eu: “Não, a gente não faz isso não. Isso é violência obstétrica. Não pode ser feito”. E depois aconteceu isso com ela. **P8 (GF1)**

Foi no meu R1, estava na sala de parto no plantão diurno acompanhando o trabalho de parto. Estava um pouco mais demorado e o bebê começou a desacelerar, a cárdio (exame de cardiotocografia) não estava boa. Os profissionais que estavam acompanhando queriam resolver de toda forma e não estavam conseguindo. Foram passar vácuo extrator e não conseguiram. Tentaram o fórceps e não estavam conseguindo articular. Iniciaram fazendo a episiotomia dos dois lados, fez um sem anestesia e depois fez do outro lado. Estava fazendo manobra de Kristeller, essa violência bem clássica. Fiquei horrorizada, a situação era de emergência, tinha que ser resolvido, mas percebi um desespero, um despreparo da equipe, no sentido de resolver. [...] Então, teve o Kristeller, teve a episiotomia, além da tesoura que não estava conseguindo cortar e eles mascando a tesoura no períneo da mulher, depois do outro lado fez com bisturi. Foi assim, uma coisa horrorosa. Foi clássica, pra mim, a vivência da violência obstétrica. **P9 (E)**

Foi bem no início da minha residência, que eu assisti um Médico fazendo um Kristeller que fiquei chocada! Estava acompanhando essa paciente e, realmente, começou a desacelerar, mas sabemos que isso não é uma justificativa para um Kristeller. Ele subiu em cima da paciente e mandou-me ajudar estimulando o períneo. Meu preceptor não estava comigo na hora, fiquei em choque, ainda mais no início da residência. **P20 (E)**

Nas falas acima descritas, pelos participantes, percebemos um cenário de um parto que se desvia das questões fisiológicas e impele ao profissional a realização de procedimentos para auxiliar o nascimento como a utilização do fórceps e do vácuo extrator.

No entanto, o que chama a atenção dos residentes é a utilização da Manobra de Kristeller por ser um procedimento não indicado para auxiliar a resolução dos casos, sendo revelado como um ato de desespero e despreparo do profissional que se vê diante de uma situação que necessita ser resolvida. Diniz *et al.* (2015, p. 4) refletem que

Existem danos associados ao uso inapropriado e excessivo (muitas vezes também não informado e não consentido) de intervenções invasivas e potencialmente danosas no parto vaginal, como o recurso não regulado de ocitocina para indução ou aceleração do parto, manobra de kristeller, fórceps, episiotomia, entre outras.

Um estudo de Api e colaboradores (2009) que avaliou a utilização da Manobra de Kristeller com a duração média do segundo estágio do trabalho de parto, revelou que a realização da manobra é ineficaz da redução do tempo do segundo estágio. Resultados secundários demonstraram que a pO₂ média foi menor e que a pCO₂ média que foi maior no grupo das mulheres submetidas a manobra apesar dos valores ainda permanecerem dentro da faixa de normalidade. Não houve nesse estudo neonatos com índice de Apgar abaixo de sete em ambos os grupos.

A utilização dos puxos dirigidos também se revela com uma ação realizada pelos profissionais durante a assistência ao período expulsivo. Sendo assim,

O Sofia recebe alunas de aprimoramento. Semana passada, estava com uma aluna do aprimoramento do Recife, que um dia antes tinha dado plantão na maternidade com um desses enfermeiros obstetras que assistem parto o tempo todo dessa forma (com puxos dirigidos). A mulher estava na banheira, era o segundo bebê, já tinha experiência na casa de parto, já tinha ganhado bebê lá. Os puxos dela eram maravilhosos! Ela (a aprimoranda) falava para mulher assim: “Não é assim, não é assim, você está fazendo errado, põe o queixo aqui, no peito”. E a mulher falava: “Cala a boca, eu não quero ouvir isso”. E ela continuava: “Mas, está errada sua força.” Eu tive que falar com ela: “Você não precisa falar isso, olha como ela está fazendo o puxo à gente só vai assistir!”. Depois que saímos do quarto, fui e falei com a aprimoranda: “Mas, eu não entendi, por que você agiu assim?” E ela falou: “Mas, é porque ontem eu vi isso o dia inteiro”. Ou seja, a mulher sai lá de Recife para aprender boas práticas e aprendeu fazer a violência obstétrica. O que ela vai fazer quando ela chegar lá? Isso, porque foi o que ela aprendeu no hospital de referência. **P17 (GF2)**

Respira fundo! Empurra! Tenta segurar mais e, quando você tiver contração, você fazer força.” Aí, eu pedia pra ela fazer força nesse sentido,

durante a contração. Teve uma época que eu até falei: “Tentar contar: 1, 2, 3...” ((risos)) Já fiz isso, para ela tentar contar e segurar um pouco mais o tempo de força. **P2 (E)**

Daí continuou o show de horror de mandar fazer força na contração. Isso faz força, força de cocô! Não é possível que essa pessoa está mandando fazer cocô no amor da vida da mulher, no bebezinho dela, é com a força de cocô que ela faz a menina nascer? Mandava fazer força de cocô, várias forças de cocô e nasceu a criança que precisou de manobras para reanimação. **P10 (E)**

Foi um dos primeiros partos que eu acompanhei e teve várias coisas: a mulher não pôde escolher a posição, foi orientada a ficar deitada mesmo não querendo, teve puxo guiado. Uma mulher que chegou do pré-parto em período expulsivo! **P17 (E)**

Puxo dirigido é uma coisa que acontece com certa frequência. A gente fica gritando na cabeça da mulher empurra logo! Porque o certo seria você ficar quieto e a deixar empurrar na hora que ela tiver o estímulo de fazer força e não ficar falando: "Agora faz mais força, força lá embaixo, essa não tá boa"" Já vi falar para a paciente: "Para de gritar!". Se ela quer fazer força gritando é a vontade dela. **P18 (E)**

A utilização dos puxos dirigidos se revela como uma estratégia utilizada, principalmente, no período expulsivo para abreviar o tempo de expulsão fetal. Nos discursos a realização dessa prática é encontrada com certa frequência no cotidiano de atenção.

Prins e colaboradores (2011) na revisão sistemática que se propôs estudar os efeitos do puxo espontâneo sobre a prática de puxos dirigidos revelaram que apesar da fragilidade dos estudos não há evidência para o uso rotineiro do puxo dirigido com a manobra de Valsalva. O puxo dirigido possui efeitos negativos sobre os aspectos urodinâmicos maternos. A duração do segundo período foi menor com manobra de Valsalva, mas o significado clínico deste achado é incerto. Concluindo, devem-se apoiar os puxos espontâneos e encorajar a mulher a escolher seu próprio método de realizar os puxos.

Como foi encontrado na primeira categoria em que os residentes revelavam um contexto geral as formas de violências encontradas na obstetrícia, destacamos aqui as falas que tratam desse problema: a não realização do procedimento de analgesia nas mulheres que desejam.

É uma mulher que vai para a analgesia, mas não tem ninguém nem na sala de parto, nem no pré-parto que possa acompanhar. Já acompanhei situações de mulher ficar uma hora e meia na sala de analgesia sem ninguém do hospital que observe, é gravíssimo, é muito violento para ela e para o bebê. **P7 (E)**

Como já presenciei, querer discutir uma analgesia e o preceptor falar: "Quem manda, que fala o momento certo de tomar as medidas sou eu! Ela (a mulher) não vai tomar anestesia!" E falar isso para a mulher, que ela não vai tomar analgesia! Isso é uma violência muito severa! **P15 (E)**

A filha dela começou a me chamar toda hora: "Ela está sentindo dor, eu acho que agora ela vai querer tomar anestesia". Lá dentro estava cheio, a analgesia estava cheia e eu tentando algum método de alívio. A filha (da parturiente) me chamando o tempo todo, mas eu tinha vários outros pacientes demandando e tentando uma vaga lá dentro. [...] A paciente que estava me pedindo à analgesia, era múltipara. Quando eu cheguei lá no meio para abrir a porta e falar com a (nome da residente) só abri a porta, ela falou assim: "Nasceu aqui!". O meu mundo acabou, eu arrepio só de lembrar. Eu falei assim: "O quê? Não acredito! A paciente a todo o momento me pedia: "Eu quero anestesia, por favor, eu não quero que minha filha nasça aqui". E eu falava para ela: "Sua filha não vai nascer aqui, eu não vou deixar. Senti impotente, sabe? [choro] [...] Eu não conseguia olhar para aquela paciente mais. Pensava a todo o momento, eu sou uma péssima enfermeira. [choro] Porque não pude dar o que prometi para a paciente. [choro] A filha dessa paciente me olhava e senti que ela estava me odiando. E eu não tive coragem de ir lá dar parabéns para ela. [choro] [...] Porque a gente não fala que a humanização é atender a paciente, aos seus pedidos, o plano de parto. Ela queria um local confortável e um método de aliviar a dor. O que pude oferecer para ela foi o chuveiro, mas ela me pediu, a todo o momento, uma anestesia, não dei. Então, cometi uma violência obstétrica com ela sem querer, porque não tinha lugar lá dentro. **P16 (E)**

Você vê uma paciente sofrendo ou porque está com dores e não consegue, não tem jeito de levar para a analgesia naquela hora. Ela está no pré-parto onde não tem métodos não farmacológicos disponíveis, nós entramos, vemos a cara da paciente, ela olha nos seus olhos e não temos o que fazer por ela naquela hora. É bem ruim. [...] Algumas vezes vamos avaliar uma laceração sem analgesia. Para algumas mulheres é bem difícil de tolerar! [...] As violências clássicas que seriam gritar com alguém aqui não acontece. Agora uma analgesia, por exemplo, às vezes não temos por falta de anestesista disponível na hora. **P18 (E)**

A não realização do procedimento de analgesia está atrelada a algumas situações específicas do contexto estudado: excesso de demanda assistencial, as dificuldades relativas ao quantitativo de profissionais para atender as demandas do serviço, a organização do serviço diante das necessidades assistenciais.

No entanto, a negação desse direito da mulher fere com os princípios da humanização da assistência que prioriza a individualização das necessidades de cada sujeito em suas circunstâncias específicas.

Refletindo sobre isso encontramos relatos das outras situações de não individualização do cuidado assistencial, como as violências praticadas com as mulheres em situação de abortamento. Os relatos trazem,

O pessoal fala: "Não, não tem (em relação à vaga)! Tem um monte de neném nascendo no corredor. Não dá para dar a vaga para ela. Está cheia a sala de parto!". Ou seja, porque eu vou dar uma vaga para uma mulher

que é uma idade gestacional de 25 semanas, sendo que tenho outra mulher com o feto vivo? Então, já existe essa desigualdade na assistência! E é um direito da mulher em qualquer período gestacional, ela ter um bom ambiente, um ambiente que minimize um pouco a dor dela [...] quando nós chegamos ao quarto tinha uma mulher também com uma perda gestacional no leito do lado. Eu estava chegando ao quarto e essa mulher falou: “Meu neném está saindo”, eu olhei e o neném estava saindo! A única coisa que consegui fazer foi pegar um biombo e pedir para a enfermeira assistencial tirar a outra paciente que estava vendo o outro menino nascer. **P6 (GF1)**

Talvez seja o setor do hospital (o meio) que temos menos controle em relação à violência obstétrica. Colocamos mulher que está perdendo um bebê, que o bebê está morto na barriga com mulheres que estão ganhando um bebê uma do lado da outra. [...] Não faço isso porque quero, faço isso porque não tem outro leito para ela. **P1 (E)**

A nossa demanda é tão grande que, por mais que a gente queira separar uma mulher de um trabalho de parto prematuro com o feto vivo de uma mulher com decesso, com feto morto, a gente não consegue. Porque o espaço ele é limitado, a demanda é muito grande, não tem outro setor para elas ficarem, os quartos são poucos. [...] Então, acaba que elas ficam escutando. Por exemplo, tem o quarto desse setor (o meio) que é bem do lado da litotomia uma sala onde é feito o parto vaginal assistido. Às vezes, a mulher que está com decesso fetal acaba escutando a outra mulher ganhando neném, o choro do outro neném. [...] Ela não conseguirá vivenciar aquela situação de perda em um espaço individual. A gente não consegue por causa da demanda e da infraestrutura mesmo da instituição. [...] A enfermeira obstetra falou: “Ah! é um parto normal, é igual um parto comum!”. Aí falei: “Não é igual a um parto comum, sabe? O procedimento técnico ele é igual! Mas a condição emocional da mulher, de como você tem que tratar ela é diferente!” Ali ela está muito mais abalada, você tem que lidar com o parto normal e com a situação de luto ao mesmo tempo. Então, para mim é uma assistência diferenciada que você tem que ter. Ela (a preceptora) continuou: “Está, aqui a placenta, vamos pegar o menino para pesar!”. Então falei: “Não! Deixa com ela um pouco!”. Foi uma situação muito ruim (emoção). **P6 (E)**

O meio é o setor que... Nossa! É o setor que acho que tem mais cenário de violência acontecendo. Não conseguimos individualizar o cuidado, ficam mulheres que estão induzindo o parto, mulheres com perda gestacional, abortamento, às vezes, ficam no mesmo quarto. Isso é péssimo, tentamos ao máximo evitar que isso aconteça. Mas a gente tem um setor que não tem parede fechada até o teto, então a mulher que está ganhando neném na litotomia o neném chorando e do outro lado tem duas mulheres induzindo por perda. **P7 (E)**

Por exemplo, as mulheres em situação de abortamento. Percebo que elas são muito violentadas por questão de não ter uma estrutura adequada para recebê-las. De elas ficarem ao lado de mulheres que estão em trabalho de parto, que a gente fica auscultando o BCF (batimento cardíaco fetal) ao lado delas. É uma violência muito grande. [...] Uma mulher que está em situação de perda, e ela tem que ficar escutando o coração do neném de outra mulher! Até mesmo nascer ao lado delas! Isso acontece muito no setor, no meio! Acaba que foge do nosso controle porque é questão de logística e de estrutura do hospital. **P9 (E)**

Outra questão que é a da ambiência. A paciente está passando por um aborto do lado da que está parindo. Tentamos não por lado a lado, mas se tiver lotado vai acontecer de ficar na mesma enfermaria. Vai ficar os que já nasceram e tem paredinha, separando o neném que está morto. **P18 (E)**

As falas remetem a um setor específico na instituição denominado “Meio” que foi descrito no capítulo da observação participante. O principal impacto produzido nos residentes que permanecem nessa unidade refere-se à assistência desqualificada às mulheres em situação de perda gestacional, a começar pela precariedade na ambiência que não permite a privacidade das usuárias durante os procedimentos.

Outra questão revelada nas falas é a dificuldade de manter as mulheres nessa situação longe de outras parturientes que possuem fetos vivos sendo, também, uma característica identificada pelos residentes como um problema corriqueiro nas maternidades brasileiras, conforme revelado na primeira categoria da tese.

Assim, os autores expressam que a assistência às mulheres em situação de abortamento deve emergir como uma prioridade no contexto das políticas públicas e na organização de serviços que promovam o atendimento humanizado e seguro a essa população (DINIZ *et al.*, 2015). A mortalidade diante de uma assistência desqualificada as mulheres em abortamento se enquadra no grupo das iniquidades em saúde podendo ser reduzida por meio da criação de medidas e tecnologias adequadas no cuidado a esse grupo (DREZETT, 2017).

Para o autor, torna-se necessário e urgente investir na formação de profissionais que acolham as mulheres nessa situação, garantindo uma integridade física e psicológica, promovendo um atendimento integral e seguro, com vistas a garantia de seus direitos (DREZETT, 2017).

Além disso, receber um acolhimento digno e respeitoso baseado na escuta e na humanização, levando em consideração o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir sobre si, com o acesso e resolubilidade da assistência à sua saúde, é direito da mulher desde a porta de entrada dos serviços (BRASIL, 2010; DREZETT, 2017).

Finalizando as narrativas que expressam as violências consideradas clássicas na atenção obstétrica, encontramos relatos de violência verbal, psicológica e física, além de procedimentos sendo realizados sem as devidas orientações a usuária.

Ontem eu estava acompanhando um trabalho de parto e a enfermeira obstetra que estava comigo fez uma grosseria com a paciente. Quando eu entrei a paciente falou: “Por favor, eu não quero essa pessoa aqui mais, porque ela me desrespeitou eu estou com medo dela”. Fui conversar com essa profissional, pedir para ela não entrar, porque paciente não queria que

ela entrasse e ela falou: “Eu vou entrar, eu sou a profissional que estou responsável por ela e ela vai ter que me aceitar”; e assim ela fez! Ela (a preceptora) entrou, impôs a sua presença. Isso para mim já configura violência, porque o desejo da mulher não foi bem recebido por essa profissional. [...] Porque o relato que ela me contou foi: “Eu estou com medo dela!” [...] Pensei: Meu Deus!. Ela que está como preceptora e não posso conduzir sozinha. Sei que para a paciente não foi uma coisa boa, que ela queria, porque ela ficava tensa e a essa profissional chegou e fez manobras desnecessárias. A paciente não queria e a pessoa fez assim mesmo. Não foi bom para mim. Acredito que para ela (a paciente) foi pior ainda. **P14 (GF2)**

Estava acompanhando uma parturiente em período expulsivo. Ela estava ganhando o bebê na banheira. Na hora de nascer à gente sempre chama um preceptor para entrar. Essa preceptora sabia somente o nome da mulher, somente o que estava escrito no nosso quadro de organização do plantão [...] a preceptora entrou na hora que o bebê estava nascendo, ele não tinha ido ao quarto em hora nenhuma, ele já entrou mandando tirar a mulher da banheira. Eu já tinha criado um vínculo com ela, tinha plano de parto, tinha conversado várias coisas com ela. Ela tinha esse fator de risco, só que estava muito controlada a situação clínica dela durante a internação toda. A médica estava sabendo que a mulher estava na banheira, que iria ganhar na banheira, estava tudo já acordado entre os profissionais! [...] Aí essa pessoa (a preceptora) entrou muito alterada, muito sem educação mesmo, de forma muito grossa: “Vamos parar tudo, vamos parar tudo, o bebê não vai nascer, não pode nascer dentro da banheira, se não ele vai morrer!” E a mulher (gestante) ficou em pânico! Poxa! Você está ganhando o bebê e a pessoa fala que o bebê vai morrer se nascer na banheira?! Desconstruí tudo que tinha construído, sabe? Enfim, a mulher foi para cama, ficou na posição que ela (a preceptora) pediu para ficar, essa posição litotômica, a pessoa nem esperava vir uma contração e mandava a mulher fazer força. Ela estimulou, tocou, estimulou o perineo! **P1 (E)**

Têm coisas que dão para você controlar por indicador, mas outras como a saúde mental, por exemplo, as coisas que a paciente ouviu ou foi exposta, você não consegue controlar com indicador. [...] Então, essas coisas não dá para controlar via indicador. Indicador é muito fácil, eles são números! Mas as questões de saúde mental, as coisas que são faladas na hora e que são violências, muitas vezes, têm um impacto muito maior para a mulher do que um indicador de um determinado procedimento. Porque, a mulher pode até não ter sido submetida a uma episiotomia, mas a uma violência psicológica muito maior do que aquele procedimento. **P6 (E)**

Olhei assim chocada para a mulher, não sei disfarçar emoções mas tentei disfarçar a minha cara. Ela (a preceptora) tocou a mulher e rompeu a bolsa, tudo o que ela não queria e temia. Nossa! (emoção) Na hora que vi aquele líquido saindo pensei: não estou acreditando que ela fez isso! Não falou nada com a mulher! Não falou que iria romper a bolsa! Somente tirou o dedo e falou: “Nossa a bolsa rompeu”. Eu sabia que ela tinha rompido aquela bolsa com o dedo, que era de propósito, que ela queria fazer aquilo para o bebê nascer. **P10 (E)**

Olha, principalmente dos enfermeiros obstetras e das doulas também a gente escuta muito. É até assustador, mas a gente escuta muita violência obstétrica psicológica, verbal. Das doulas de: “Não grita não! Prende o ar! Só empurra lá embaixo!”. Entendeu? Enquanto a abordagem poderia ser de outra forma: “Experimenta gritar durante as contrações e quando as contrações passar você relaxar o corpo, tentar respirar, tenta controlar um pouco a respiração, a dor com a respiração. E não pare de gritar porque você não deveria gritar. **P17 (E)**

Foi o primeiro parto que eu acompanhei. Já foi frustrante porque teve a necessidade de fazer um fórceps, mas não que identificasse que não tivesse a necessidade, como se discordasse da conduta que foi feita, mas pela maneira com que foi executada. Não respeitaram a mulher, a colocaram de qualquer jeito na maca e levaram rápido para a litotomia. Foi determinado que ela ficasse em uma posição, que colocasse as pernas abertas, sem pedir autorização para tocar, sem falar que iria tocar para verificar a variedade de posição, sem descrever os procedimentos que estavam sendo realizados. A mulher sabia o que era um fórceps, mas não foi explicado para ela isso no momento que ela foi tirada do quarto ((muito emocionada)). Fiquei muito perdida naquela situação, porque, para mim, era novo também. **P19 (E)**

Logo nos primeiros meses de residência aqui, eu tive uma experiência que foi muito ruim e me marcou até hoje. Estava acompanhando um trabalho de parto de uma adolescente, era um trabalho de parto que chamamos de arrastado, estava me dedicando àquela paciente. Ela tomou duas analgesias e foi necessário levá-la para poder passar um fórceps. Levamos essa paciente para o bloco. A paciente estava bastante queixosa, com muita contração. Quando começou a fazer o procedimento, ela gritava muito, e aquele preceptor estava ensinando a residente de medicina a verificar a variedade de posição. A residente estava toda delicada e o preceptor batendo na mão dela e falando: “Não é assim!”. E ensinando de um jeito que ele tocava paciente numa maneira muito violenta. “É assim! É assim que faz”. Foi articular o fórceps a paciente estava gritando: “Está doendo, está doendo”. Ou seja, analgesia não tinha pegado da maneira correta! Ele articulou aquele fórceps! Depois disso tudo o menino nasceu, a paciente teve uma laceração extensa decorrente daquele fórceps. Depois ela agradeceu, porque quem salva sempre é o médico. Essa paciente virou a cara para mim e ficou com raiva ainda porque não resolvi o problema dela. (emoção) Saí aos prantos do bloco cirúrgico e a minha preceptora falou: “Eu te deixei até o final porque se você deixasse a paciente no final iam falar que a enfermagem obstétrica joga o paciente lá quando vê que não é mais dela. Eu te entendo”. Foi uma experiência horrível que eu guardo até hoje. Difícil de esquecer. **P16 (GF2)**

Estava acompanhando uma paciente, era dilatação completa a colocamos em um banquinho. O BCF (batimento cardio fetal) estava ótimo, só que a paciente estava muito cansada. A paciente estava exausta e pouco desorientada, falando que não estava acreditando mais que conseguiria. A Enfermeira Obstétrica que estava comigo falou assim: “- Ah, você quer ajuda? Então, vou te ajudar.” A paciente sentada no banquinho e ela puxava o bebê. Nossa! O bebê estava alto ainda, mas ela enfiava a mão lá e puxava o menino, estimulava muito o períneo e a paciente não conseguia ficar quieta. A paciente fechava a perna e ela (enfermeira obstétrica) gritava com paciente: “Se você fechar a perna, o seu bebê não vai nascer, ele vai morrer! É, isso que você quer? Que o seu bebê morra? Se você não fizer isso seu bebê vai morrer! [...] Fui ficando muito mal, triste de estar vendo aquilo acontecendo e desacreditando que numa instituição tão bem falada, recomendada. Que para mim, é realmente uma instituição que é exemplo, que teria filho aqui por “n” motivos e vendo aquilo acontecendo. [...] De repente a Enfermeira Obstetra deu um tapa no braço dela e falou assim: “- Se você não ajudar, vou sair daqui e o seu filho vai morrer aqui.” Quando ela deu esse tapa a paciente levou um susto tão grande! O marido também assustou, eu também assustei. Pelo amor de Deus você levar um tapa na hora que você está parindo o seu filho! Fiquei chocada, saí do quarto e deixei-a conduzindo esse trabalho de parto. Tive que sair para respirar, porque eu não acreditei que aquilo estava acontecendo, que ela agiu assim, como se fosse uma coisa tranquila. [...] Natural. Ela foi, deu um tapa na

paciente. Ela encostou a mão dela na paciente, de uma forma totalmente não benéfica, que a gente está aqui justamente para poder ajudar a mulher nesse processo. Tornar as coisas um pouco menos complicadas, ser apoio para elas e ela (a enfermeira obstétrica) simplesmente agrediu a mulher.
P20 (E)

Os relatos despertam atenção para as diferentes formas que o profissional se dirige a mulher com palavras depreciativas, a imposição da presença mesmo diante do medo da mulher, a imposição de procedimentos que o profissional (o preceptor) julga ser correto, a atribuição de culpa por um possível desfecho ruim caso a usuária não coopere no momento do parto.

Diniz *et al.* (2015), Diniz *et al.* (2016) a imposição de restrições a mulher, as ameaças de abandono da assistência, as palavras ríspidas e o aumento do tom de voz, a imposição do medo em muitas instituições de saúde são atitudes violentas comuns e negligenciadas pelos profissionais da assistência.

Um relato que remete a uma forma de violência física, traduzida em um tapa, foi revelado pelo residente em meio a outras formas de violência que margeiam uma tortura psicológica quando é atribuído a uma parturiente a possível culpa pela morte de seu filho, caso ela não haja de acordo com o que a enfermeira obstetra supõe ser adequado para aquele momento.

Outras vertentes de violência são apresentadas nas falas, num cenário bem específico da Instituição unidade caso da tese, sendo a primeira reconhecida na diferenciação da assistência por alguns profissionais em pacientes que são consideradas “privilegiadas”.

A assistência desigual, será que não é violência obstétrica? Privilegiar uma paciente, porque ela é funcionária da instituição ou porque é sua conhecida e não privilegiar a outra? Será que isso não é violência obstétrica? Fico com essas perguntas na cabeça. São perguntas que precisamos refletir! O que é mesmo violência obstétrica? **P6 (GF1)**

Acho que essas questões têm que ser igualitárias. Aqui, vemos muito isso as pacientes diferenciadas. No pré-natal a gente vê a diferença na assistência as pacientes costumam ser chamadas de SUSPlus. Os SUSPlus ficam 50 minutos, 01 hora e 30 minutos, dentro de um consultório de pré-natal. O profissional não está nem ligando para quantas pessoas estão lá fora, mas o próximo é uma pessoa humilde, que não tem tanta condição, desinformada, em 20 minutos a consulta já está feita. [...] A mesma coisa é aqui na assistência. O SUSPlus já liga de casa: “Olha estou chegando com uma paciente, reserva tal quarto para mim!”. Às vezes, o quarto está reservado e a outra paciente que já está na hora de parir vai para o pré-parto. Ela poderia ter um conforto de ter o filho dela dentro de uma suíte de parto, mas não, porque naquela suíte de parto está escrito: reservado. [...] Quando tem uma conhecida, parente, indicação, esse

próprio preceptor que nunca entrou no quarto, fica lá o tempo todo, porque é parente de fulano. Às vezes, nunca colocou uma música sequer mas bota música, incenso, faz penumbra, faz tudo! É porque é o SUSPlus. Vou ter recompensa depois no relato no Facebook, de um presente que vou ganhar na consulta de pós-parto. Eu acho isso bizarro! A diferença da assistência de certas pessoas. Isso dói! **P16 (GF2)**

Porque com um parente ou com uma amiga que está aqui, o perfil muda. Naquele momento, a pessoa não queria que o parente seja assistido, inclusive, por ninguém parecido com ele mesmo. Então, assim, talvez, só nesse momento ela considere isso importante. Reflito diariamente sobre a minha assistência, a minha prática e busco incansavelmente como evitá-las. **P15 (GF2)**

Tem uma coisa para mim que é uma violência muito grande e me deixa, profundamente incomodada. É em relação à diferenciação que acontece na assistência e até na conduta dos casos, de acordo com o tipo de mulher. Por exemplo, uma mulher que vem do sistema privado, que faz atendimento de pré-natal no privado, que faz acompanhamento com a equipe ou tem alguma referência aqui dentro elas tem o tratamento diferenciado desde o trabalho de parto até o pós-parto. Isso, pra mim, é uma violência muito grande, não é uma violência direta com as outras mulheres! É uma violência ter diferenciação no atendimento levando em consideração os princípios do SUS, em um o hospital 100% SUS que temos que tratar com igualdade todos. [...] A maior violência é essa, ter essa diferenciação de assistência de acordo com a condição socioeconômica e orientação da mulher. **P9 (E)**

As SUSPlus são reconhecidas como as pacientes que são funcionárias da instituição, parentes ou conhecidas de funcionários, pacientes que são usuárias do setor privado e possuem algum vínculo com a equipe assistencial da Instituição.

A essas pacientes são identificados alguns privilégios que, para os residentes, são formas de exercer violência com as outras usuárias ao, por exemplo, privilegiar a escolha por um leito obstétrico ao ser reservada para a mulher SUSPlus tirando o direito da outra de utilizá-lo.

Também pode ser reconhecido como o exercício da iniquidade pelos profissionais que se revela no trato desigual e tendencioso das usuárias, visando a barganha promovida pelo reconhecimento e promoção pública nas páginas do Facebook e demais redes sociais.

Torna-se interessante pontuar a existência de outra face em relação às mulheres denominadas como SUSPlus. Diferente do comportamento anterior é identificado pelos residentes que essas pacientes podem estar vulneráveis a violência quando são atendidas por alguns profissionais que possuem um olhar preconceituoso para esse tipo de usuária. As falas identificam que:

Existe um preconceito aqui com paciente que chega com plano de parto. Têm profissionais que já falam: “Aquela ali tem plano de parto. Ela vai gritar

comigo, vai querer dar opinião!”. Claro que depende do plantão. Mas tem profissionais que só por saber que aquela mulher tem plano de parto o que significa que ela leu, estudou, vai dar opinião, é uma paciente ruim. **P18 (GF2)**

Quando vem com doula: “Aquela paciente está com doula”. Já falam desse jeito: “Xi! Aquela ali está com doula”. Não vou entrar. **P16 (GF2)**

O SUSPlus porque ela tem plano de parto, é toda cheia de não me toques. Ela não quer que rompa a bolsa, não quer que que liga ocitocina, não quer nada! Desse jeito, num tom de desdém. **P10 (E)**

A negativa em acompanhar as pacientes com o perfil apresentado anteriormente repousa no pressuposto que a paciente possui maior acesso a informações, estão empoderadas em relação aos seus direitos enquanto gestantes e/ou parturientes e permanecem atentas aos procedimentos bem como suas indicações. Sendo assim, são corpos difíceis de serem violados e os profissionais sentem-se mais acuados ao realizar a assistência a essas usuárias.

Também foi identificado, nas entrevistas e no grupo focal a dificuldade do profissional em acolher as demandas individuais da usuária como outro contorno dos atos de violência na Instituição.

Aquelas mulheres que geralmente chegam com cesárea anterior e o profissional só fica falando no parto normal. A mulher fala eu quero cesariana. Muitas vezes, a mulher ela está em trabalho de parto, não quer parto normal porque tem muito medo, não foi orientada sobre os benefícios e os riscos de ambos. Ela quer cesariana e a equipe fica enrolando, demora mais, deixa a mulher em trabalho de parto. Mas será que aquele parto normal para ela foi legal? Será que ela queria aquilo realmente? **P6 (GF1)**

Creio que muito da invasão que existe tem haver com o profissional se inserir no ambiente de parto de forma invasiva! Como residente, acompanhando uma mulher em trabalho de parto, tento me inserir no cenário de parto, nas circunstâncias do parto. Claro que não vou deixar de prestar uma assistência baseada em evidência, mas se o parto está evoluindo bem e ela quer ficar agachada na banheira, quer dar um beijo no marido, precisa de três ou quatro pessoas dentro da sala de parto, por que não? [...] Aí outra pessoa fora do cenário, uma enfermeira obstetra, um preceptor entra na sala e diz para todo mundo sair, que não pode ficar mais ninguém além do acompanhante, ela (a mulher) já se desconcentra do parto, está preocupada em ficar sozinha sem as pessoas que ela quer que estejam com ela. [...] Não tinha razão para isso! Eram a mãe e a irmã dela que estavam ajudando no processo de parto! Diziam para ela respirar, davam comida e água. Se fosse uma pessoa atrapalhando o processo poderia justificar! Mas, esse enfermeiro que chega depois e nem sabe o que está acontecendo, só quer encaixar a mulher dentro da caixinha da regra de ficar apenas uma pessoa! Não sabe, não, não prestou atenção no respeito à individualidade! Não precisa ser sempre uma regra inquebrável, intocável! **P10 (E)**

Por exemplo, uma mulher que deseja que a dequitação da placenta seja espontânea, mesmo ciente dos riscos e benefícios, se você traz isso para o preceptor, ele ridiculariza aquela mulher! Tentar trazer isso para um discurso ampliado com o preceptor e ser ridicularizado. **P15 (E)**

Teve uma mulher que deu um relato que precisou fazer uma sutura, acredito que foi uma laceração grave. Ela fala que foi levada para uma sala de procedimentos que acredito que seja a sala de litotomia, falou que o anestesista era homem e uma médica mulher. O marido dela nesse momento não estava e quando chegou não deixaram ele entrar, porque estava no meio do procedimento. Não deixaram ele entrar para acompanhar. Ele ficou super preocupado e falou: "Eles poderiam ter feito qualquer coisa com você, porque você estava vulnerável, com uns homens numa sala, não me deixaram entrar!" E continuou: "Gente! Já terminou o procedimento? Porque que a minha mulher está deitada de perna aberta?" (olhar bravo) Ninguém se lembrou de tirar a perna da dela da perneira, esticar a perna depois dos procedimentos. Ela continuou com as pernas abertas! São experiências negativas, são violências. **P17 (E)**

A paciente não tá sendo entendida, acolhida em suas necessidades. Às vezes, ela precisa comer alguma coisa, mas a enfermeira que está naquele dia não quer deixar! É muita coisa pequena que vai piorar a experiência de parto, inclusive o parto natural [risos]! Têm pacientes que pariram em outros lugares que pedem ocitocina, pedem porque querem que o parto acabe rápido porque considera um parto bom um parto que acabe rápido. Então a gente fez o que a gente achava ser certo e ela não foi atendida no que ela achava certo. **P18 (E)**

Elas têm vergonha do corpo, ficam intimidadas com algumas situações que são expostas. Por exemplo, no pré-parto, a gente tem várias cortinas e vários leitos separados por cortinas. Não sei se não tinha lençol ou se não foi buscar naquele momento, deixam a mulher sem nada! Passa toda hora um profissional olhando dentro, sem pedir licença e tem mulheres que ficam mais retraídas, não conseguem se soltar, se entregar para o trabalho de parto [...] em todo momento chega uma pessoa, ou abre, ou passa, ou faz procedimento e a mulher fica exposta. Acho que falta um pouco de cuidado para garantir mais privacidade, por exemplo, que o corpo, a mama da mulher não fique exposta aonde tem outras pessoas! Você puxa a cortina quando vai passar um acompanhante, outra mulher! [...] No alojamento conjunto não tem privacidade para avaliar as mulheres por mais que a gente pegue biombo, ou peça para todos os homens saírem da enfermaria, elas ficam de certa forma expostas. [...] Vejo que alguns profissionais Enfermeiros Obstetras, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiras Assistenciais, não se dão conta, não conseguem se colocar no lugar daquela mulher e ter esse cuidado de não deixar ela exposta, de não mostrar a calcinha, as mamas, o corpo da mulher! (emoção) **P19 (E)**

Quando uma mulher não pede uma analgesia, mas a gente indica porque ela está gritando no pré-parto! Está descontrolando as outras pacientes! Então, as pessoas veem: "Nossa, mas que bom ela quer tirar a tua dor!?" Mas, se quero sentir essa dor?! E se estou bem com essa dor. Eu estou enfrentando da minha maneira e não preciso de uma anestesia nesse momento!. Mas tem pessoas que não orientam, não conversam com a mulher, e essas intervenções puxam outras. Às vezes, uma mulher que estava evoluindo super bem, tranquila, começou a ficar mais queixosa tem que entrar com ela para a sala de parto porque desvirtua as outras. Isso passa despercebido, porque a gente fala essas coisas e nem se dá conta de que está fazendo. **P21 (E)**

A dificuldade dos sujeitos que prestam a assistência em acolher as particularidades de cada mulher em seu trabalho de parto é reconhecida pelos participantes como atos que promovem a violência, sejam pela negativa de uma mudança de posição, de não acolher um pedido em um momento de dor, de não reconhecer a necessidade de um beijo em seu companheiro, de não permitir a presença de outro acompanhante que está auxiliando a mulher na vivência de seu parto.

Outra questão levantada refere-se à intimidade da mulher que não deseja ter seu corpo exposto para outras pessoas, sendo desrespeitado esse desejo em alguns procedimentos ou mesmo em cenários de prática clínica. Encontramos convergências desse dado com uma realidade nacional que foi revelada na primeira categoria da tese e encontra-se particularizadas nas falas acima para a Instituição cenário da pesquisa.

Finalizando a categoria reservamos as falas que traduzem as ações consideradas de promoção da humanização, sendo caracterizadas pelos residentes como violências por desconsiderarem qual é o real desejo da mulher naquele momento. Assim,

Antes tinha uma ideia como se a violência obstétrica e a humanização fossem opostas, antônimos, mas na verdade, não é! A violência obstétrica é muito mais ampla! Posso dar uma assistência humanizada e acabar, sem querer, fazendo uma atitude de violência contra a mulher sem necessariamente não ser humanizada, mas aquilo não foi adequado naquela assistência. Então, a questão da violência obstétrica está mais relacionada na condução daquele caso específico. Eu acho que o hospital é humanizado, presta uma assistência humanizada, mas têm sinais de violência obstétrica! Porque uma não é o oposto da outra! Podem existir as duas ao mesmo tempo e no mesmo cenário. **P2 (GF1)**

Às vezes, a gente está lá o tempo inteiro e a pessoa (o preceptor) entra e fala: “Claro que não vai nascer, ela está deitada ainda. Ela não está andando, ela não está no banquinho! A paciente aguenta sim! Vai, vamos levantar”. Faz levantar mesmo estando exausta. Já ouvi isso: “Vocês não estão conduzindo o parto. O bebê não nasceu até agora porque vocês estão deixando ela só deitada! Porque vocês não estão fazendo-a deambular, nem verticalizar”. A gente sofre muito com isso. **P14 (GF2)**

Uma violência sutil e difícil de perceber. A gente pratica um pacote de humanização! A gente não faz Kristeller, episiotomia, estimula a liberdade de posição. Só que a gente vê, muitas vezes, que o profissional não consegue respeitar o desejo da mulher em querer ficar deitada, não quer verticalizar e ela é pressionada sim!. Ela não é respeitada! Falam com ela de um jeito que dá impressão que a culpa porque o neném não nasceu é dela! Falam: “Não vai nascer, você não está colaborando, você precisa movimentar mais, você precisa ficar no banquinho”. Obrigam a mulher a ficar no banquinho! Ela está detestando aquela posição, está exausta e tem uma pressão pela posição vertical! Como se houvesse mudado a obrigação

da posição litotomia que existia anteriormente para a obrigação do banquinho. Falta enxergar que cada uma é uma! Às vezes, vai dar certo verticalizar, para outras não e tudo bem! Você precisa conseguir entender o que cada uma necessita. **P18 (GF2)**

Então, existe a violência física quando não deixo que ela tome uma posição que desejou! Nem que essa posição seja deitada. Quando a mulher quer ficar deitada a gente tenta impor que a verticalização é melhor! Em outras situações quando ela quer ficar na posição verticalizada a gente exige que ela fique deitada. Existem as violências psicológicas de não poder ficar com o acompanhante do seu desejo, de não extrapolar regras, não fazer das regras algumas exceções. **P17 (E)**

A gente passa na frente, não é o que é o bom para ela! Uma coisa muito comum é tentar obrigar uma mulher a verticalizar. É lindo você fornecer liberdade de posição e permitir verticalizar, para aquelas que desejam. Mas você pegar uma mulher que está morta de cansada, exausta, não aguenta mais e obrigar essa mulher a ficar na posição de cócoras pode ser uma violência?! [...] A gente tem um pacote padrão que acredita ser bom para todas! A gente tem o nosso livro humanizado, não fazer Kristeller, não fazer episiotomia, não fazer cesária desnecessária são coisas que a gente tem muito orgulho. O nosso pacote resolve parte dos problemas, das violências obstétricas. Para você humanizar mesmo, você deveria conseguir enxergar a necessidade de cada mulher. [...] Um passo a mais na humanização seria entender que além de verticalizar, o que mais aquela pessoa precisa, que aquela família precisa [...] Quantas mulheres saíram daqui falando que foi horrível o parto! Na sua cabeça você fez um parto humanizado, mas se você for perguntar para ela?! Não sei quantos por centos saem daqui achando que tiveram uma boa experiência de parto, o que a gente gostaria de proporcionar. **P18 (E)**

Um exemplo claro nos trechos acima de uma ação considerada violenta, se a mulher não desejá-la, é a verticalização realizada a qualquer custo e de qualquer jeito.

Por mais uma vez é imposto à mulher procedimentos sem levar em consideração quais são as suas vontades e o como ela percebe tais ações. Ela é pressionada a adotar determinadas condutas que o profissional acredita ser o melhor, mesmo que sustentado em evidências científicas.

No entanto, a evidência científica se não for individualizada e aplicada em um contexto específico pode ser torna um ato violento, tal como a Manobra de Kristeller ou a realização de uma cesariana desnecessária.

Após apresentarmos os relatos de VO vivenciados pelos residentes no processo de ensino e aprendizagem, reservamos essa escrita da tese para discutir os sentimentos produzidos neles diante dos encontros cotidianos na residência, dos atos de VO revelando o abalo emocional que tais circunstâncias refletem nesses sujeitos.

O processo de ensino modelado por atos de VO despertam a indignação, a raiva, a revolta e o incômodo naqueles que estão diretamente envolvidos no contexto, retratam o sofrimento moral.

Então, quando me vejo praticando violência obstétrica! Sabe? Fico muito incomodada, porque não consigo fazer nada para mudar, porque o sistema é maior! **P1 (GF1)**

Eu fico indignadíssima, principalmente essa parte que as mulheres ficam gratas porque você ajudou, porque você fez alguma coisa que interferiu e talvez fosse naturalmente evoluir. Ela acha bom porque isso foi uma ajuda, porque isso fez o bebê dela nascer. Dói demais. **P10 (E)**

Traz raiva, traz angústia, traz inquietude de querer gritar sabe. Muitas vezes não cabe naquele cenário, porque apesar de todo o ocorrido tinha que passar calma e passar calma num momento de estresse é terrível. Porque você sente raiva, você se sente que fez pouco ainda pela aquela mulher, é um sentimento de impotência. **P15 (E)**

Eu fico extremamente revoltada, sentimento de revolta, um sentimento de impotência eu não consegui impedir que fizessem aquilo. Sentimento de compaixão, de pena daquela mulher, daquela família, por estarem passando por aquilo sem precisar. **P17 (E)**

Me incomoda bastante na assistência, a maioria das vezes, eu fico muito incomodada. Respiro fundo. Sinto que ficou um vácuo, um clima, um clima. [...] Tive que sair da sala porque tem situações que me deixam tão incomodadas, com tanta vontade de tirar aquela pessoa de cena, de falar muitas coisas para ele ter postura enquanto profissional. Mas, não posso fazer naquele momento! [...] Em todos os atendimentos, em todas as situações eu procuro ser a mais correta possível ((muito emocionada)) ((choro)) e deixar claro tudo que está acontecendo. Quando entram outras pessoas nesse cenário que não conseguem ter essa postura, me incomoda bastante! Porque eu tento deixar claro tudo que está acontecendo, ser transparente para mulher. [...] Fico chateada, fico incomodada pela atitude das outras pessoas. Às vezes, me cobro por poder fazer diferente, poder fazer mais, explicar mais, deixar tudo mais claro. ((muito emocionada)). **P19 (E)**

Queria sair daquele lugar o mais rápido possível. Só não saí, porque queria ficar com a mulher, apoiando ela, porque era meu papel ((muito emocionada)). Mas, foi uma das cenas mais horríveis que eu já tinha visto, né, tem aquela cena do renascimento do parto (o filme) que tem um Kristeller sendo feito numa cena de terror, assim, foi isso que vivenciei. [...] Fiquei com muita raiva. Nossa, na hora, acho que a minha cara ficou toda vermelha de tanta raiva que senti. Fiquei com muita raiva e depois com raço da pessoa. Tive a sorte de na minha próxima escala não ter

oportunidade de dividir plantão com essas pessoas, isso já me alivia um pouco. **P21 (E)**

Os sentimentos demonstrados nas falas anteriores repousam na indignação diante da gratidão de uma mulher pela ajuda que recebeu não sendo reconhecida como violência, na revolta de não conseguir fazer algo a mais pela gestante que impediria as condutas reconhecidas pelos residentes como violentas, configurando o sofrimento do residente em sua formação. Maffesoli (2005) afirma que não se pode calar o que nos provoca incômodo e incompreensão.

Nesse movimento de revolta emerge a frustração e o sofrimento dos participantes diante das ações de VO cometidas e diante de profissionais despreparados para atuar em um contexto de aprendizagem que desqualifica o que poderia ser aprendido.

Sentimento de frustração em não poder oferecer tudo àquilo que ela merecia. A gente é mulher e se coloca um pouco no lugar dela, sabe? Não como mãe, mas como mulher, sabe? Será que eu queria uma assistência dessa pra mim? **P6 (E)**

É frustração, por que a pessoa que deveria saber aquilo e deveria me ensinar! Inclusive faz aquilo e acha normal. E ainda tenho que escutar coisas do tipo assim: "Sou intervencionista mesmo, se precisar romper bolsa rompo mesmo, se precisar tocar toco mesmo!" É frustrante, chateia demais a gente. Você pensar: Poxa essa deveria ser a pessoa a me dizer que não tem necessidade de mandar a mulher empurrar o tempo todo. **P10 (E)**

Isso traz uma frustração tão grande, de limitação, de estar impotente em relação àquela ação. Eu criei uma barreira e a violência passou, a paciente criou uma barreira e aquela violência passou. É uma frustração de falar o que me cabe fazer para que isso não ocorra. **P15 (E)**

É bem ruim você não tá fazendo o melhor que poderia, é um pouco frustrante. **P18 (E)**

O sofrimento está em não conseguir mudar a situação daquela mulher, não promover uma assistência que consideraria ser adequada para aquele contexto, e promover condutas que ferem com os princípios da assistência fisiológica ao nascimento.

A frustração em ter que aprender com um preceptor que considera despreparado para ensinar por não atuar de forma qualificada. "Tudo tende a frisar o sentimento comunitário de pertencimento, ou seja, o processo de implicação através do qual cada um de nós existe em função do outro" (MAFFESOLI, 2007, p. 121).

No instante em que há frustração surge a tristeza que se converte em sofrimento difícil de ver vivido quotidianamente. Assim,

Fico muito chateada, fico muito triste, sou uma pessoa que choro fácil. Então, dá uma vontade incontrolável de chorar, fico ansiosa. **P1 (GF1)**

Eu choro e sinto-me impotente. Tudo que a gente acredita, que a gente constrói, você acaba olhando e pensando: o que você está fazendo aqui? Será que aqui realmente você está fazendo alguma diferença? Será que você está construindo algo diferente? **P3 (GF1)**

Fui para o descanso e chorei horrores. Não dormi, voltei, tentei entrar no trabalho de parto, estava no final de plantão mas estava completamente desorientada, desconcertada, fora de mim. [...] Fiquei muito mal, não consegui fazer alguma coisa e isso me deixou muito triste. No dia seguinte também não fiz nada! Não consegui identificar meus erros e nem o que eu podia fazer para ajudar a mulher. **P1 (E)**

Quando tem algumas situações de violência fico muito triste quando percebo ou vivo. **P2 (E)**

Então, foi uma situação muito ruim, sabe, porque eu queria ter oferecido um pouco mais pra ela, mas eu não consegui, sabe, como residente e como profissional que eu estava lá. Fiquei bem triste! Foi um sentimento ruim, de tristeza mesmo. **P6 (E)**

Fico triste de ver aquela mulher saindo grata pelo cuidado, porque não reconhece aquilo como violêncial! Isso me entristece mais, sabe? **P7 (E)**

Fico muito chateada, muito! Com vontade de chorar, fico refletindo muito sobre qual o meu objetivo de estar aqui fazendo a residência. O que eu quero na assistência quando estiver não necessariamente na maternidade, mas em qualquer instituição de saúde. O que espero receber e que quero dar ao outro. **P9 (E)**

Nossa, fico muito indignada, muito chateada, me dá raiva inclusive como é que um profissional que tem obrigação de dizer para a mulher o que é melhor e faz coisas ruins? **P10 (E)**

Saí de cena senão ficaria chorando, incomodada, demonstrando através de expressão facial que eu não estou concordando com aquilo e não conseguirei prestar apoio para a mulher. **P19 (E)**

Depois eu fiquei triste ((choro)) angustiada, porque eu não sabia o quê fazer pela a mulher. Fiquei muito triste nesse dia, queria ir embora, não queira mais ficar aqui. **P21 (E)**

Em diferentes momentos os residentes manifestam suas tristezas e seus sofrimentos diante das situações vivenciadas e que repercutem na maneira como enfrentam sua atuação ao ponto de questionarem: se realmente estão fazendo algo para modificar a realidade; se vale a pena estar nesse contexto e vivenciar as situações que parecem ser imutáveis; e como a forma que a assistência tem

alcançado aquela mulher, aquela família produzem repercussões negativas na vivência do nascimento.

Para Maffesoli (2004) a violência, a dor e o sofrimento fazem parte da vida e da existência humana. Precisamos reconhecer a ambivalência dos sentimentos sem esquecer a maldade cotidiana e as monstruosidades presentes nas relações humanas. É integrar todos os aspectos da natureza humana, mesmo os que são contrários, dosando homeopaticamente os seus valores em busca de um possível equilíbrio.

Inclusive para o autor não é possível evitar, fugir disso, mas na verdade, devemos usar de sabedoria para “no dia-a-dia, homeopatiza o mal até fazer com que proporcione o bem de que também é portador” (MAFFESOLI, 2004, p. 54).

Ao questionarem o cuidado oferecido e diante das ações violentas, o residente sente-se desvalorizados e desmotivados a continuar nessa trajetória, principalmente, pela posição que ocupam nas relações estabelecidas.

A gente fica em uma posição desprivilegiada. Não conseguimos diretamente se contrapor com um preceptor, um plantonista. Porque a nossa categoria é quase sempre desvalorizada. Quando colocamos para a gestão, direção ou outro espaço, a gente coloca uma crítica a nossa opinião não é valorizada. **P12 (GF1)**

Mas naquele momento eu me senti um nada! Não faço a diferença nem como profissional, nem como pessoa. E ela (a mulher) vivendo uma violência obstétrica desnecessária e mesmo lutando por ela, falando, impondo, não tive vez porque sou apenas uma residente. Não sou enfermeira obstetra, médica obstetra do plantão. A gente não tem valor e difícil colocar em jogo porque se você expuser isso é uma histeria coletiva! Para quê você vai falar sobre isso? **P3 (GF1)**

Não sei se consigo falar, se dou conta! (emoção) Às vezes, tem dia que você sai com a sensação de dever cumprido, mas tem dia que você sai se sentido um lixo. Tem dias que saio desesperada, que fui um lixo para a paciente, porque não tive tempo para ela [choro] [...] A gente sabe que tem que continuar, você chora e algumas pessoas ainda falam assim: “Não! Para de chorar, ninguém pode te ver chorando”. Às vezes não consegue nem expressar! Você vai para um canto, chora, respira fundo, reza pedindo a Deus força para continuar. Você sabe que ainda tem 10 horas de plantão pela frente, meio plantão pela frente. [...] Teve uma época que peguei a mesma pessoa, a mesma referência na escala inteira. Não queria nem levantar da cama para vir trabalhar, porque eu sabia que eram as mesmas pessoas. **P16 (E)**

Os residentes ao ocuparem uma posição desprivilegiada nas relações existentes emergem o sentimento de incompetência e impotência frente ao que não conseguem modificar.

Senti-me incompetente, sabe? Porque tentei proporcionar o melhor para ela, mas foi uma situação muito dolorosa! Dolorosa tanto para mim quanto profissional em aprendizado, como para a mulher. **P6 (GF1)**

Senti-me incompetente perante aquela mulher de não poder oferecer tudo que ela merecia. Mesmo que tenha tentado mesmo não poder oferecer. Um sentimento de frustração, de incompetência. **P6 (E)**

Acho que é um sentimento de culpa, não sei se é culpa, mas de que sou incapaz, sabe? [...] Saí desse plantão com o sentimento de culpa nesse dia, mas, na maioria das vezes, me sinto incapaz. **P16 (E)**

A gente se cobra bastante coisa ((choro)) ((muito emocionada)), tanto de postura, tanto de dar conta das questões clínicas, do conhecimento e não consegue dar conta de tudo porque somos ser humano. Não conseguimos dar conta de tudo que gostaríamos, sentimos incompetentes. Tem pessoas que se cobram mais ((choro)), tem pessoas que se cobram menos. Por mais que eu esteja estressada e passando por momento final da residência, com certeza isso afeta bastante a qualidade da assistência. **P19 (E)**

Sobre a impotência as faltas remetem a:

Fiquei impotente! Senti impotente. E foi muito frustrante. Foi um parto que vou guardar para o resto da minha vida de uma forma negativa. Porque no final das contas teve um desfecho muito negativo, a mulher ficou super traumatizada. Foi um desfecho horroroso e me senti impotente de não conseguir fazer nada! O que poderia ter dito? Ter falado? Mas, na hora, naquela situação, a gente fica meio sem saída! Foi muito ruim! **P8 (GF1)**

Quando a gente se sente impotente no espaço é por causa disso! Porque, às vezes, a gente vai ter que minimizar o estrago. Você trabalhar nessa perspectiva que é muito ruim, é muito triste. **P12 (GF1)**

Nessas situações, nesse momento me senti impotente de não poder agir para fazer diferente. ((muito emocionada)) É uma impotência assim, de não conseguir agir da maneira que gostaria naquele momento. **P19 (E)**

O círculo alavancado pela impotência geram e potencializam o medo, a insegurança, a angústia e a ansiedade no cotidiano dos residentes pelas assistências vividas e por aquelas que ainda estão por vir e na dificuldade de conseguir transformar realidades duras e vislumbrar novas possibilidades. Nesse contexto,

Não temos uma formação boa para a gente atuar e ajudar essas mulheres através da informação e para falar sobre violência obstétrica. Nós nos sentimos intimidados! [...] Temos vergonha de falar isso para elas. Têm profissionais que tem medo de falar porque você pode estar expondo ou

falando algo da instituição que você está inserido, ou do seu colega de trabalho. Você pode ser punido por isso. **P6 (GF1)**

Então, tem plantões que, antes mesmo de sair de casa, a gente já vem chorando! Porque sabemos que, certamente, vai acontecer alguma coisa. **P9 (E)**

Já teve um pré-noturno que falei: "Deus! Não quero ir para o plantão noturno!" Fiquei nervoso com taquicardia. Comecei a rezar, agradecer, pedir proteção, pedir pelas pessoas que vão estar comigo. [...] Então, essa violência que pode ocorrer num cenário de cotidiano, ela muitas vezes é transferida para uma angústia cotidiana. [...] Você entra num conflito! Até que ponto também serei violento? É muito louco porque você está vivenciando um processo de violência! Isso me traz uma angústia muito grande. **P15 (E)**

Fico o tempo todo tensa, porque sempre tenho medo de ser exposta de novo na frente de uma paciente, entendeu? De ser humilhada. Ela, a preceptora, é uma profissional que tem uma postura diferente comigo, sabe? **P17 (E)**

Ultimamente tem gerado certa ansiedade pré-plantão, mais no plantão noturno, de saber se tem ou não Enfermeiro Obstetra no plantão, se o quadro de profissional está completo ou não? Então gera uma ansiedade já antes do plantão. [...] Muita angústia sim! Uma sensação muito ruim de coração apertado, vontade de chorar. Mesmo saindo do ambiente quando eu vou para casa, ou quando lembro a situação, ou quando me lembro de toda a cena, fico angustiada. **P19 (E)**

Era um plantão que, infelizmente, que era conhecido por ter alguns profissionais que não prestavam boa assistência para a mulher. Já chegava nesse plantão tensa, porque você corre para um lado, corre para o outro. Tem preceptores que fazem coisas que você não quer fazer e te pedem para fazer coisas que você não quer fazer. **P20 (E)**

Sim! Sofro constantemente. Por isso que, várias vezes, ((muito emocionada)) a gente pensa em desistir, no quê que estou fazendo, se estou fazendo as coisas que não acredito! A gente se violenta muito, a gente se prostitui, a gente aceita coisas que não deveria por um valor que não existe. É um respeito que é falso! Uma coisa que a gente está se sujeitando para nada na verdade. Porque não está favorecendo nem a mulher, nem a gente! Só estamos guardando esses sentimentos e essas condutas erradas. **P21 (E)**

Os sentimentos negativos que perfazem o cotidiano dos residentes ao vivenciarem as situações de violência tornam um sofrimento imensurável que geram angústia antes do plantão por não prever as situações que serão encontradas e, ao mesmo tempo é premeditado que sempre haverá algum tipo de enfrentamento a ser vivido que tangencia a VO. "O apocalipse tornou-se corriqueiro, de tão familiar que é como um contrafactual da vida cotidiana, e, como todos os parâmetros de risco, ele pode tornar-se real" (MAFFESOLI, 2010c, p. 172).

5.4 “Bem-vindo à residência”: os encontros quotidianos com os diferentes contornos da violência durante a formação

A terceira categoria da tese apresenta a análise dos principais desafios vivenciados pelos residentes durante o processo de ensino-aprendizagem que perpassam pelos atos de violência e de VO. Nesse caminhar, alternam-se atores, sujeitos violados e violentados num quotidiano marcado pelos conflitos que perpassam por questões relacionais entre aprendizes e seus mestres à situação de desentendimento que refletem diretamente nas ações propostas para o ensino em serviço que é o objetivo das residências em saúde.

A categoria é subdividida em duas subcategorias sendo na primeira intitulada “As relações existentes no universo dos processos de ensino e aprendizagem”, na qual são descritas as relações entre residentes e preceptores vivenciadas rotineiramente. Com centralidade nos conflitos existentes que são permeados pelas figuras de poder exercida pelo preceptor, pelo desrespeito e exposição do residente e pelas aproximações com os atos de violência e de VO. Dedicamos a dissertar sobre a figura do preceptor, sob uma perspectiva do residente de dependência e co-dependência, autoridade e poder, domínio e repressão, relações conflituosas e mutuamente indissociáveis submersas pelos processos de ensino.

Na segunda subcategoria intitulada “Dificuldades e repercussões no quotidiano de formação dos residentes em obstetrícia”, discorreremos as principais repercussões que os conflitos diários produzem no processo de ensino e aprendizagem na Instituição.

Atentamos para a perpetuação dos atos de violência nas relações constituídas no e para o ensino, a dificuldade de conseguir estabelecer diálogo entre preceptores e residentes, o reconhecimento pelo residente das figuras que suas atitudes podem ser utilizadas como modelo ou não e as dificuldades encontradas para o residente conseguir se posicionar frente as situações vividas seja em atitudes que envolvam a VO ou nas outras formas de violências reconhecidas na residência.

5.4.1 As relações existentes no universo dos processos de ensino e aprendizagem

A princípio, esta categoria revela os enfrentamentos descobertos nos processos de ensino aprendizagem, sob a perspectiva dos residentes.

As residências em saúde são postas como um ordenamento para a formação de recursos humanos no e para o SUS, orientadas por seus princípios e diretrizes. Sendo previstas as residências médicas, uniprofissional e multiprofissional, com o forte componente de ensino vinculado ao serviço, com articulação no âmbito político-educacional permeado pelas políticas públicas em vigor em nossa Nação (AGUIAR, 2017).

Ceccin e Ferla (2007) ressaltaram em seu texto o compromisso firmado e estabelecido pelo SUS com a formação de trabalhadores em saúde no que tange ao apoio, a provisão de fomento e o direcionamento de políticas educacionais. Estabelecendo a cooperação interinstitucional com o MEC pelo fomento de políticas de ensino, de pesquisa e de extensão, nos ambientes de gestão e de atenção a saúde em todos os seus níveis.

A concepção de residência em saúde possibilita a construção ampliada do conceito de saúde, que permite a pluralidade de situações do cotidiano imersas nos serviços de atenção, com a possibilidade de integração entre ensino-serviço-comunidade, comungando saberes e práticas numa concepção dialogada de formação dos profissionais que atuam nesses cenários (AGUIAR, 2017; JARDIM, 2017; CNRMS, 2012).

Sustentados por esse modelo de formação os profissionais, os usuários e a comunidade passam a se interagir quotidianamente promovendo a reflexão contínua do processo de saúde, possibilitando a pactuação coletiva de práticas contextualizadas na realidade, e o fomento da mudança do modelo de atenção com a promoção da humanização do cuidado pautado em evidências científicas (AGUIAR, 2017).

O desenvolvimento do ensino por meio das residências somente se torna possível pelo relacionamento dos diferentes atores nos diferentes cenários que se constituem as oportunidades de aprendizado. São sujeitos que compõem a rede os residentes, os preceptores, os docentes, os tutores que encarregam de construir as estratégias de ensino em serviço (CNRMS, 2012). No entanto, nem sempre as

relações ocorrem de forma harmônica sendo encontrados alguns desafios para a formação na modalidade de residência.

Nos discursos analisados, que retratam as relações existentes no processo de preceptoria na centralidade dos personagens residente e preceptor, há um enaltecimento dos conflitos diários marcados pelo exercício da autoridade e poder, inviabilizando as relações que poderiam compartilhar e construir um conhecimento coletivo, visando a qualificação do cuidado assistencial às mulheres e suas famílias.

No primeiro momento, os residentes falam sobre quem é a figura do preceptor, dando os contornos que seriam ideais na figura almejada para ocupar esse papel. Assim,

No processo de formação, a figura do preceptor é chave, é essencial, é importantíssimo, porque a gente aprende é com eles. Tem todo tipo de pessoa no mundo! **P1 (E)**

Enxergo o preceptor como um dos principais atores que temos no processo de formação. Se ele não é o mais importante? Pela a carga horária, pelo tempo que estamos ao lado desse profissional! São 48 horas que estamos, ou deveríamos estar com ele ao lado! **P7 (E)**

O preceptor significa um norte que a gente tem. A pessoa que a gente tem de referência e que deveria ou que está inserido na assistência para ensinar como ser enfermeiro obstetra. [...] Ele deveria ser quem me espelho para ser igual, para prestar a mesma assistência. **P17 (E)**

Na verdade o preceptor é a figura de apoio para a discussão de caso, para quando você precisar de alguma coisa. É a primeira pessoa que você vai contar. E quando ele está mais próximo de você, no mesmo ambiente, no mesmo setor te dá certa tranquilidade. Você sabe que não precisa ir tão longe para conseguir chamar se precisar de uma coisa imediata. [...] Se você está realizando algum procedimento e precisar de alguma outra coisa que não vai conseguir resolver, naquele momento, essa outra pessoa (o preceptor) pode resolver. Então, é também um apoio. **P19 (E)**

O preceptor é reconhecido como a figura de maior aproximação e convívio do residente durante o seu processo de aprendizagem na residência. A ele são denominadas palavras que remetem a um profissional que se torna o espelho, uma referência para o aprendiz em termos de conduta profissional e comportamento ético que deveriam servir de exemplo a ser seguido por aqueles que estão em formação.

Também é reconhecido como o profissional que deveria amparar o residente em suas necessidades no cotidiano da assistência, auxiliando na execução de procedimentos técnicos, discussões clínicas, tomada de decisões e de condutas que visam à qualificação do cuidado que é oferecido a gestante.

De acordo com o artigo 13 da Resolução nº 2 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), de 13 de abril de 2012, as atribuições do preceptor são caracterizadas pela,

supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista (CNRMS, 2012, p.5).

No olhar de Botti (2009) ao explorar as relações de preceptoria no contexto das residências médicas, o preceptor é reconhecido como o profissional modelo para promover o crescimento e o desenvolvimento pessoal, profissional e ético do profissional em formação.

Tendo a função de aconselhamento, inspirando e influenciando seus aprendizes além de possuir habilidades no desenvolvimento das relações interpessoais com a equipe e seus residentes. A essa figura são atribuídas outras características importantes como: o conhecimento científico atualizado, a destreza em desempenhar e ensinar procedimentos e funções do cotidiano assistencial, a possibilidade de integrar teoria e prática no desenvolvimento do cuidado cotidiano e das habilidades dos residentes (BOTTI, 2009).

Endossando as concepções anteriores, o preceptor tem por função:

ensinar, aconselhar, inspirar e influenciar no desenvolvimento dos menos experientes. Muitas vezes, os preceptores servem de modelo para o desenvolvimento e crescimento pessoal dos recém-graduados e, ainda, auxiliam na formação ética dos novos profissionais durante determinado período de tempo, funções típicas de um mentor (SOARES *et al.*, 2013, p 16-17).

Para os autores Botti e Rego (2008) as funções desempenhadas pelo preceptor possui uma importância em auxiliar o profissional aprendiz nas adaptações outrora difíceis diante do cenário idealizado para a assistência tracejado durante a graduação. Assim, o preceptor possui a tarefa de aproximar teoria e prática e desenvolver habilidades incipientes aos residentes durante sua formação original.

No entanto, o cotidiano de ensino vivenciado pelos participantes da pesquisa revela que nem sempre a figura do preceptor é reconhecida como alguém qualificado para o desempenho da preceptoria. Os residentes em suas falas apresentam que alguns profissionais de saúde não possuem um perfil necessário

para ensinar ou não têm o comprometimento com as atividades de preceptoria exigida para ensino na residência.

Olha, em minha opinião, a única solução plausível seria selecionar pessoas para serem preceptores. Temos pessoas excelentes lá dentro que prestam assistência maravilhosa. Esses serão os preceptores, os demais não. Não vejo outra solução. Não sei te falar o porquê que esses enfermeiros obstetras continuam replicando essas coisas em 2018. Não vejo motivo. **P17 (GF2)**

Acho que deveria ter perfil de profissionais para ser preceptor. Porque preceptorar não é para qualquer um. Tem muita gente que não está afim disso: "Tenho que engoli-los, porque é meu emprego!". Não fazem a mínima questão de passarem o que sabem. Porque também têm medo: "Se ela ficar melhor do que eu, ela vai tomar meu cargo". Sei lá! Acho isso. Não são todas as pessoas que deveriam estar ali como preceptor. **P14 (GF2)**

A (nome) residente sai do plantão sem aprender uma técnica nova, sem aprender um manejo de algum alto risco que não sabia. Estou me privando de aprender algumas coisas que talvez se tivesse com outra pessoa mais disposta, mais interessada a ensinar, a aprender, a compartilhar o conhecimento. Existe também o fator emocional, pois é muito ruim estar nessas situações desagradáveis, vivenciar uma violência obstétrica. [...] São pessoas que trabalham em outros lugares, que já estão fazendo 24 horas, são profissionais mais velhos de casa. São profissionais que não têm muita ligação com a residência, não tem o comprometimento em ensinar, não quer se envolver com o processo de formação. **P1 (E)**

Eu procuro entender e compreender aquelas pessoas e aprender com elas também, no que eles podem me passar de bom. Mas, tem pessoas que não, realmente não sabem ensinar o outro, ou não tem muito que ensinar. **P2 (E)**

Alguns receptores, quando você chega à residência, eles falam que você é o "R (residente) bolinha", "Ah! Você é o R zero". Eles não querem ficar com você, porque sabem que terão que te ensinar tudo, e, alguns preceptores não têm uma preparação para preceptoria. [...] o preceptor não gosta mesmo daquilo, da preceptoria de ensinar, não gosta! Ele não serve para aquilo e está inserido naquele meio. Você chega novo, inexperiente e se depara com algumas pessoas que, sim, pegam na sua mão, mas que algumas também não pegam. **P6 (E)**

Existem aqueles preceptores que só estão como preceptores no nome, mas não querem assumir esse papel. Muitas vezes se negam. Já falaram que não iriam assumir: "Eu não vou lá, e já falei que não vou lá." Você enquanto residente vai fazer o quê? Você vai buscar outras pessoas que talvez possam te ajudar ou então você faz da forma como você acha, julga correto. Numa instituição de ensino, que se coloca proponente e que o preceptor não está capacitado para exercer essa função? **P7 (E)**

Porque a gente sabe que nem todo mundo está aqui para preceptorar. Nem todo mundo gosta. [...] Tem enfermeiros obstetras nossos preceptores que eu não sei se posso chamar de preceptor! Porque eles não são! **P16 (E)**

Plantão bom é que tem preceptores que realmente fazem questão de saber o que está acontecendo, tem outros [risos] que não fazem questão nenhuma de saber o que está acontecendo. Ficam torcendo para não ser chamados. **P18 (E)**

Primeiro, a gente está aqui para aprender. A gente aprende muito na prática, todo dia, o tempo todo. Se estiver com aquela pessoa (o preceptor) que vai me ensinar, dependo dela e isso faz muita diferença. Uma coisa para mim que faz mais diferença na residência é o preceptor gostar da preceptoria. Têm preceptor que não gosta! A forma como que são passadas as coisas para gente, como é ensinado, é completamente diferente. Acaba que o preceptor que têm o poder de escolher se quer te ensinar ou não! Ele quer sentar do seu lado na hora da sutura, ou se você vai suturar sozinho? **P20 (E)**

Algumas pessoas não estão comprometidas e preparadas para estar como preceptores. Isso influencia bastante, porque se a pessoa não gosta, não tem perfil, não tem desejo, ela não vai fazer de forma prazerosa. Então será um peso. Ela não tem interesse, aquilo (a preceptoria) tanto faz. Ela não quer ensinar o jeito certo. Não quer ensinar o jeito legal, bacana. **P21 (E)**

Os preceptores mencionados deixam de ocupar o lugar de exemplo, espelho que seriam atributos ao seu papel a ser desenvolvido no processo de ensino, diante de sua inabilidade e descompromisso com o aprendiz, sendo reconhecido como um sujeito não apto a ocupar o lugar de preceptor nas relações cotidianas.

Os residentes identificam no cotidiano da assistência os profissionais desinteressados em compartilhar o conhecimento que possuem, despreparados para conduzir os momentos de ensino durante o plantão, descomprometidos com o sujeito em formação, não possuindo prazer, satisfação para desempenhar as ações de preceptoria.

Na contramão da realidade apresentada encontramos que as relações estabelecidas pelos preceptores deveriam proporcionar “aprendizado em espaço seguro, ensinamentos recíprocos com arte, generosidade, sabedoria como sinônimo de realidade” (CADERNOS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA - ABEM, 2013, p.7).

Revalidando as características relevantes a compor o perfil de um preceptor encontramos nos textos: estar atualizado em conhecimento científico, possuir habilidade ao desempenhar procedimentos técnicos, ter competência para reconhecer as oportunidades de ensino-aprendizagem, possuir habilidade para constituir as relações profissionais durante o ensino e conseguir transmitir o conhecimento aliado à prática profissional (BOTTI, REGO, 2008; BOTTI, 2009; AGUIAR, 2017). Notoriamente nas falas não encontramos nos referidos preceptores as características elencadas como necessárias para o exercício da preceptoria na Instituição.

Nesse contexto, as relações entre preceptores e residentes são permeadas pelo desrespeito e pela imposição da violência. O sujeito violentador demarcada

suas ações pela imposição de um poder que julga possuir sobre os residentes que estão sob sua responsabilidade. Nesse momento, encontramos falas que expressam,

Eu vi e depois falei com uma colega: "Estava assistindo uma cesária, com um colega seu residente e vi o preceptor fazendo uma coisa com ele que falei eles sofrem mais que a gente" (comparação entre residente da medicina e da enfermagem obstétrica). Inclusive, falei com essa pessoa: "Vou até parar de reclamar um pouco, porque o que eu vi, o que aconteceu com você! Vocês sofrem bem mais que a gente". [...] O preceptor falava com a residente de medicina: "Cala a sua boca! Se você abrir a sua boca mais uma vez te tiro dessa sala agora!". **P14 (GF2)**

Às vezes, tem pessoas que são difíceis de lidar e de escutar. A gente vai para o embate, discute, briga o que, às vezes, não vai adiantar de nada. Vai gerar um conflito com aquela pessoa. Ela vai querer mais ainda fazer aquilo que ela já queria! **P9 (E)**

Nesse mesmo dia ela (a preceptora) me deu um tapa na mão porque eu não protegi períneo da mulher do jeito que ela achou que fosse adequado de proteger, sendo que não sabia o que era proteger um períneo. [...] Foi assim: Ela (a preceptora) chegou, pediu para a mulher ficar deitada. A mulher queria ficar de cócoras e ela não deixou. O bebê começou a nascer, ela falou: "Pega a compressa e protege." Eu peguei a compressa e protegi a cabeça do menino para não sair tão rápido. Ela pegou minha mão, deu um tapa, colocou minha mão no períneo da mulher e falou: "Não, é aqui que a gente protege!" e apertou minha mão contra o períneo da mulher. O bebê nasceu, coloquei no colo da mãe. Ela olhou para mim e falou: "Você vai ficar olhando? Você não vai fazer nada? Pega um campo! Coloca aqui em cima desse sangue! Faz alguma coisa!", como se eu já fosse familiarizada com aquela cena e já soubesse o que fazer naquele momento. Assim, há violência contra o residente, é uma violência que a gente sofre todos os dias". [...] Pensei: "O que estou fazendo aqui? Nem a minha mãe me dá um tapa! (choro)". Eu não precisava daquele tapa. Não precisava ter sido daquele jeito. Não precisava. [...] Todos nós, os residentes, as mulheres, os bebês sofremos violência. A gente aguenta! Fico mais chateada quando é com elas. **P17 (E)**

Foi uma cena que o profissional médico, gritando, falando alto, explicado ao mesmo tempo para os residentes como que era. Falando grosso, xingando quando não precisava coisa alguma. Foi uma situação assim, horrível! ((chorando)). [...] No meu primeiro parto! Primeiro parto que eu acompanhei o trabalho de parto! **P19 (E)**

O cotidiano da formação é marcado por relações conflituosas, desrespeitosas e violentas que expõem o residente a uma rotina que influencia diretamente a sua formação, modulada por gritos, xingamentos, opressão que colocam o aprendiz em situações potencializadoras de medo, de incertezas que não favorecem os encontros necessários para a produção de sentidos que validam o processo de ensino.

Originalmente a palavra preceptor deriva do latim *praecipio*, "mandar com império aos que lhe são inferiores" (BOTTI, REGO, 2008, p. 365). Nessa ótica a

relação de superioridade e inferioridade estaria em primeiro lugar o preceptor, e em segundo o residente, gerando com esse posicionamento conflitos originários nas relações de poder.

Torna-se notório pontuar que para Maffesoli (2001a) o poder “surge quando há enfraquecimento da força coletiva e que, nesse sentido, ele está sempre no corpo societal”. Nesse sentido o exercício do poder pelo outro sempre existirá nas relações enfraquecidas pela multiplicidade e complexidade dos fatos quotidianos.

Para o sociólogo as relações interpessoais enfraquecidas partem de “uma sociedade que não tem mais consciência daquilo que a mantém unida e, a partir daí, ela não tem mais confiança nos valores que garantiam a solidez do vínculo social” (MAFFESOLI, 2010b, p.21).

O poder atribuído à figura do preceptor é utilizado por ele de forma abusiva e perseguitória nos contextos apresentados nas falas abaixo:

Quando o residente vai expor um caso que foi mais difícil para a coordenação da residência ou por alguma coisa que passamos com o profissional sofremos retaliação por uma situação constrangedora diante do acontecido. Então, ainda é complicado! **P8 (GF1)**

Abuso de poder! Tem uma figura já bem definida que abusa do poder que tem na instituição e a violência se tornou uma prática que é rotineira para ela. Gritar, ofender no sentido de desqualificar, de persuadir no sentido: “Você se sente capaz de ficar aqui ou não? Você não se sente capaz?”. Jogo de conversa que a pessoa faz com os residentes oprime, ofende, desqualifica. [...] A gente sofre perseguição! Esse poder, esse abuso do poder vem dessas instâncias em relação a um corpo de trabalho que a instituição precisa, nitidamente precisa. **P15 (GF2)**

Se você nega a fazer tem preceptor que vê isso negativamente e fala: “Aquela residente é rebelde, não me obedece”. Você só está pensando na paciente, em defendê-la, em minimizar o risco. Você não pensa nas consequências para você, sabe? **P6 (E)**

Porque está nitidamente ligado, eu não sou a favor disso e aquela pessoa é a favor. Então, vou mostrar para ela quem manda sou eu! [...] Na medida em que eu crio um conflito mínimo com algum preceptor aquilo pode estar marcando, positivamente ou drasticamente o cenário do parto da mulher. Porque esse preceptor pode se negar a entrar na sala de parto, pode querer mostrar o seu poder institucionalizado intervindo mais nessa mulher ou ser contra uma opinião minha. [...] Parece que o residente não é nada! Nas relações mesmo hierárquicas, de poder. Escutar um residente parece ser submisso na função de um preceptor, de enfermeiro obstetra. Escutar um residente parece que é humilhante! Parece que se submeter a uma opinião de um residente é muito ofensivo. **P15 (E)**

Então, não tenho pernas dentro da instituição, enquanto residente, de apontar (o preceptor que pratica violência obstétrica). De comprar essa briga. Também não quero isso, porque será prejudicial para mim. [...] Você (o residente) não consegue se posicionar enquanto profissional porque você tem que comprar uma briga grande. ((muito emocionada)). [...] Com isso,

sinto que não tenho pernas para isso, para cobrar, para comprar essa briga.
P19 (E)

Existe. Existe. Porque dependendo com quem você está, se você não faz o quê aquela pessoa fala, depois a pessoa ainda fica de piadinha no plantão. Já aconteceu isso comigo e continuei nesse plantão. Ouvia essa piadinha. “Põe naquele jeito que ela gosta (ironia)! Desse jeito!”. Até o dia que falei: “Mais quantas vezes você vai falar isso comigo?”. Ela respondeu: “Quantas vezes eu quiser, vocês adoram fazer bullying com a gente?”. Eu falei: “Desde quando? A gente não tem esse direito. Aonde já fiz alguma coisa com você?” **P16 (E)**

Então, ela (a preceptora) seria chamada para conversar. Tenho certeza sofreria perseguição e teria outros tipos de violência comigo se tivesse falado alguma coisa, reportado isso a alguém. Não iria acontecer nada com ela! Então, iria falar para quê? Só para eu ser perseguida? **P20 (E)**

É notória, no discurso produzido, a falta de acolhimento das demandas dos residentes pelos preceptores que se utilizam do lugar de poder por ele ocupado para desqualificar e debochar dos residentes sob sua responsabilidade.

A autoridade produzida por essa figura de poder é utilizada para oprimir e perseguir. Assim, os sujeitos que estão sob seus comandos permanecem acuado em seus medos continuando imerso em um cotidiano que viola seus direitos e retira sua possibilidade, inclusive de questionar os fatos.

Há uma inabilidade no posicionamento que os preceptores adotam para gerenciar os conflitos existentes e o mais grave é que o conflito tangencia o abuso de autoridade na posição que o preceptor ocupa frente ao residente (AGUIAR, 2017). Assim, subsiste a violência fundadora que está arquitetada na “coação, hostilidade, animosidade, litania” (MAFFESOLI, 2005, p. 26).

Aos que, audaciosamente, tentam reverter à ótica da opressão, questionando as posturas e enfrentando os poderes estabelecidos, resta à perseguição, o abandono, o bullying que potencializam as dificuldades vividas nas relações com os preceptores e o ensino que aconteceria por meio dele.

Identificamos também falas que a autoridade e o poder existentes na figura do preceptor são utilizados por ele para impor as condutas que deseja realizar durante a assistência, sendo executadas pelos residentes em muitas situações contra a sua vontade. Nesse momento percebemos,

É um sofrimento, porque somos “obrigadas” a adaptar ao jeito de 10, 15 pessoas diferentes! Às vezes, ficamos perdidos porque não sabemos, não conseguimos decorar o que fulano gosta, o que ciclano gosta. Às vezes, na hora de fazer você pensa: Acho que ele gosta assim. E a pessoa fala: “Não é assim, tem que ser assim, você não aprendeu isso até hoje! Por enquanto

“você vai fazer desse jeito, depois você faz do seu jeito”. Isso é um sofrimento muito grande. Temos que se adaptar a fazer da maneira que a preceptora fala. Concordando ou não, achando certo ou não. [...] Ele se acha no poder mesmo de, por estarem e serem responsáveis pelo plantão, por decidirem pelo outro. Então, aquele paciente tem que aceitar porque ele que está no plantão. Não tem alternativa. Vejo algumas mulheres falarem: “Não, eu não quero fazer isso!” e a pessoa já é antipatizada, já muda todo o tratamento.

P14 (GF2)

Justamente, porque é o preceptor extremamente autoritário, que vai ser extremamente tendencioso. Vai querer realmente fazer mesmo que a mulher esteja exausta. Vai obrigar aquela mulher a levantar da cama, se ela pedir analgesia, não vai. Vai falar para ela que não deve tomar analgesia naquela hora. **P15 (GF2)**

A questão da hierarquia é muito forte. Eu sou seu preceptor, ele manda você fazer aquilo e se você não fizer pode ser punido por aquilo de alguma forma porque você não obedeceu. Então, isso é uma questão muito forte.

P6 (E)

A minha preceptora falou, liga a ocitocina e eu falei: “Fulana, olha só, acabei de fazer uma dinâmica, ela está com quatro contrações de quarenta segundos. Não acho que seja o melhor ligar a ocitocina, o coraçãozinho do bebê está bem”. A preceptora me disse: “Ela fez analgesia! Toda mulher que faz analgesia tem que ligar a ocitocina!”. Eu falei: “Não vou ligar, não concordo fulano, não concordo”. Por mais que tenha tido maior cuidado para falar, no melhor tom, o mais baixo possível, o mais educado possível, essa preceptora ela quis me matar naquele momento. Porque ela não queria ouvir: eu não concordo, ela queria ouvir sim senhora vou ligar agora!

P 15 (E)

É muito difícil, é a mesma coisa de alguém colocar um revólver na sua mão e falar: “Mata, mata essa pessoa que eu estou te mandando, senão vou te matar!”. É mais ou menos assim. “Eu sou seu preceptor, então você vai fazer o que eu estou te falando!”. Eu já ouvi isso. [...] Estava quase nascendo e sai para falar alguma coisa com o preceptor e ele falou assim: “Olha só, você não é enfermeira obstetra ainda e você não é (nome de uma enfermeira obstetra). Então você vai tirar essa mulher do banheiro agora! Porque estou falando! [...] Você está vendo que está errado, mas se você não fizer?! Às vezes, você não quer proteger o perineo. O preceptor fala: “Protege o perineo, protege o perineo, protege o perímetro na banheira. Protege porque eu protejo, na hora que você for assistir o parto comigo você vai ter que proteger. Depois que você for enfermeira obstetra você toma seus comandos”. Já escutei muito isso. **P16 (E)**

Com alguns, é uma coisa mais conversada. Mas com outros preceptores, infelizmente, é uma coisa mais demandada. É isso e pronto! Então, acaba que não tem como a gente escolher muita coisa, claro que dependendo do dia, dependendo do plantão. Mas, nesses plantões específicos, não tinha muito para onde correr. **P20 (E)**

Percebemos nos discursos que cabe ao residente ser apenas um sujeito a cumprir as ordens que lhe são impostas, sem levar em consideração suas concepções, sem espaço para a discussão se o procedimento realmente seria o indicado para aquela situação clínica e sem promover o espaço necessário para que

aconteça o compartilhar de conhecimentos necessários à efetivação do ensino em serviço.

Uma analogia expressa por um participante exemplifica a dimensão produzida quando o residente se vê obrigado a praticar atos contrários aos que considera como adequado. Há uma forte comparação com uma situação extrema onde um indivíduo se vê obrigado a “matar” alguém para que não seja morto. A analogia traz uma revelação sobre a morte cotidiana considerada pelo *ser* residente ao se ver cerceado do seu direito de se recusar a fazer, de se posicionar e de aprender com aquele de deveria ser seu mentor não opressor.

As práticas assistenciais realizadas pelo preceptor e vivenciadas pelo residente durante a assistência perpassam pelos atos de VO. Assim, alguns preceptores são reconhecidos por suas condutas violentas que expõem a mulher a uma assistência inapropriada.

Porque tudo que você quer é que a paciente fique o mais distante possível do seu preceptor. Porque você sabe que ele vai deferir uma série de violência e práticas que não têm um padrão adequado a nenhuma evidência científica. **P15 (GF2)**

Enquanto residente tendo que passar algumas vezes por isso. Principalmente pela escolha do preceptor, por estar com alguém que saiba que já é identificado, nomeado, famoso que pratica violência obstétrica. Tem um histórico todo! Tenho muita consciência que vou passar mais situações desagradáveis com essa pessoa. **P1 (E)**

Ele (o preceptor) acaba desassistindo a mulher. Então esse caminho da violência ela acaba acontecendo de forma indireta. Existem aquelas mulheres também que estão sendo assistidas diretamente por esse preceptor, que é o profissional da instituição também. Então essas mulheres acabam sofrendo violência por uma falta de preparo, de formação, de um diálogo mais próximo, de um entendimento do que é ser preceptor. **P7 (E)**

Eu acho assim, se for pensar no que é violência obstétrica em um sentido amplo, vai muito mais além do que estamos acostumados a ver. Porque a violência obstétrica fica parecendo que é uma coisa pontual, e às vezes, parte muito do que o profissional acredita. **P12 (GF1)**

A desqualificação do cuidado oferecido pelo profissional encontra-se caracterizado na assistência que fere os princípios da prática baseada em evidência e da individualização das necessidades da mulher. Nesse delineamento histórico das condutas do profissional identificado como violento, o residente reconhece uma replicação de ações sem serem refletidas como adequadas ou não, passando a integrar os pressupostos que o sujeito acredita ser mais pertinente a fazer naquele contexto.

Nesse momento, o profissional não reconhece seus atos como inadequados ou se defendem com múltiplas justificativas para as diferentes ações exercidas na sua atuação que se configuram como VO.

Acho que, obviamente, existe uma relação histórica de institucionalização do parto, de percepção de abuso em relação ao corpo da mulher. Acredito na questão da percepção dos preceptores, que vejam isso com a maior naturalidade. Poder colocar a mão, botar e tirar sem a permissão da mulher. O poder de simplesmente, suturar sem pedir permissão, sem saber realmente, se ela quer de suture. [...] Em algumas situações que aconteceram, ele (o preceptor) falou para mim que aquilo não era violência obstétrica. Eu não tinha nem falado nada com ele! Mas ele chegou com essa desculpa que aquilo não era violência obstétrica, não pedi para tocar a mulher, ficar gritando e falando alto, explicando as coisas para os outros profissionais, abaixando o períneo da mulher, estimulando o períneo. Ele (o preceptor) fala que isso não é uma violência obstétrica e quando você chega para pedir para ele carimbar (a papeleta), para discutir um caso com ele, no final, ele te fala: “Isso não é uma violência obstétrica que tem muita gente que fica falando nos corredores que ele faz violência obstétrica.” Então, ele não reconhece isso ou não quer reconhecer, mudar as atitudes! [...] Eles não enxergam que estão pecando. É como se fosse o direito deles enquanto profissional poderem tocar, poderem intervir sobre o corpo de uma pessoa, independente do consentimento dessa pessoa. **P15 (GF2)**

Tinha, nesse dia, uma acadêmica de enfermagem que estava no quarto e também viu a situação (referindo a manobra de Kristeller). Depois chegaram umas enfermeiras assistenciais e falaram que a manobra de Kristeller não é violência. Foi a maior mobilização para falar que aquilo não tinha sido uma manobra de Kristeller, mas sim um apoio que tinha que ser dado para que a criança nascesse, porque tinha que nascer rápido. Então, a própria equipe que estava lá não reconhece essas manobras clássicas como violência, que não devem ser realizadas. **P9 (E)**

Elas (as preceptoras) estão reproduzindo o que pra elas é habitual mesmo, o que elas acreditam. [...] No fundo a pessoa que faz isso acredita que está fazendo o certo, não tem outra explicação! Então acho que a pessoa realmente não sabe mesmo, porque eu não consigo pensar em outra explicação, sem ser essa pessoa achar que está correta fazendo aquilo. **P17 (E)**

Ela (a profissional), eu tenho certeza absoluta que achou aquilo uma condução de trabalho de parto. Mas, não justifica outras coisas, a não ser conversar com a mulher de forma respeitosa [...] eu tenho certeza absoluta, claramente, que aquela pessoa fez aquilo, faria de novo e fez como uma coisa normal. Fez o que precisava fazer! Na sua cabeça precisava fazer aquilo, então depois que a mulher agradeceu, ela deve ter pensado: “Está vendo, fiz o que precisava ser feito. **P20 (E)**

A sutileza (da violência obstétrica) num exemplo: Ah, eu vou te tocar para a gente ver se o neném está vindo e maneja o períneo para te ajudar. Então estou fazendo uma coisa boa para ela. Se a gente não tem convicção, enquanto profissional não tem informação e não tem a convicção de que isso está errado, a gente começa a repetir, começa a fazer as mesmas coisas, porque vimos várias pessoas fazendo. **P21 (E)**

Os preceptores ao não reconhecerem suas condutas como violentas dificultam ainda mais as relações com seus aprendizes, que as discernem como violentas e percebem as tentativas de maquiagem, mascarar sua ocorrência.

As produções científicas apotam que o profissional de saúde não se identifica como o causador dos atos de VO utilizando-se da justificativa que tudo é necessário para promover o bem àqueles que estão sob sua assistência (POZZIO, 2016; CASTRILLO, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2017, JARDIM, MODENA, 2018).

Nesse momento, o processo de ensino torna-se conflituoso, pois de um lado existem sujeitos que ignoram e/ou buscam justificar seus atos para sustentá-los impositivamente durante a assistência. Do outro lado existem sujeitos em formação acuados na relação estabelecida pelo preceptor e que, concomitantemente, continuam sendo violentados ao conviverem diariamente com a VO e inclusive experimentando o aprender como fazê-la.

Outra forma de exercício do poder que o preceptor supostamente possui sobre o residente ocorre no estabelecimento de relações extremamente desrespeitosas e potencialmente danosas para o sujeito que está sendo lesado.

O desrespeito é exercido nas situações em que há a exposição do residente durante o processo de aprendizagem perante a mulher que está sendo assistida, seu acompanhante e, também, a equipe assistencial. As falas remetem a,

Então, podemos estar em uma cesariana, aprendendo a fazer uma cesariana e o preceptor está te ensinando de uma maneira ríspida. A paciente está escutando que você não sabe segurar um porta agulha, que não consegue hemostasiar um vaso. O preceptor fala: “Mas olha que absurdo você não está fazendo isso direito!”. Isso está violentando psicologicamente o paciente porque ela não está sentindo nada, mas está ouvindo. Ela está anestesiada, mas está ouvindo. **P13 (GF1)**

Na hora que estava próximo de sair a cabeça, ela falou para colocar a mão e proteger o períneo. Eu nunca tinha feito aquilo do jeito que ela fazia. Enfim, coloquei minha mão de qualquer jeito e ela disse: “Não! Você tem que empurrar! Olha aqui empurra”. Eu já estava assim: “Meu Deus do céu quero ir embora, coitada da mulher”. [...] Foram fazer a revisão perineal e tinha laceração. A enfermeira obstetra disse assim: “Está vendo! Você não protegeu direito aí rasgou foi tudo!” **P10 (E)**

No início do R2 fiz um exame de toque na paciente, ela (a preceptora) fez e não concordou com meu toque. Ela nem pôde esperar a paciente sair da sala e falou: “Isso é um absurdo, você já é uma R2, e não sabe tocar! Que profissional você vai ser? Não sabe fazer um toque!” [...] No meu primeiro plantão na sala de parto fui acompanhada por um preceptor no meu primeiro parto. Ele começou a me encher de perguntas que não sabia responder. Ficou falando que eu era muito burra de não saber responder! Ele usou essas palavras: “Como que você não está sabendo responder?”

Nossa! Você é muito burra! Como você está aqui no seu primeiro plantão e não sabe isso?” Esse dia a mulher (em trabalho de parto) me chamou depois e falou: “Olha, eu não te vejo assim! Você está comigo desde a hora que cheguei, quem é ele para falar que você é burra? Porque você não sabe quantos centímetros tem um cordão? Não preocupa com isso não, sei que você é mais que isso!” (choro) [...] Ela me chamou para falar de tão humilhante que foi! Ela sentiu que deveria falar comigo! (choro) [...] Ser chamada de burra foi o pior! Era o meu primeiro plantão, não tinha obrigação de saber aquilo! **P17 (E)**

Nas falas que compõem os discursos supracitados, o preceptor desqualifica o procedimento que está sendo realizado pelo residente no momento em que desacredita na sua técnica, corrige sua ação com gritos e xingamento, questiona a qualidade de sua avaliação sem considerar que a mulher, ser cuidado, está presente e que aquele que executa a técnica é o profissional em aprendizado sob sua responsabilidade.

Uma situação se destaca nas falas onde um dos participantes com emoção recorda que em seu primeiro plantão da residência foi recebido pelo preceptor com uma série de questionamento que deflagraram uma depreciação da residente ao ser nomeada de “burra”. Inusitadamente a residente encontrou acolhimento na parturiente que estava sendo acompanhada e reconheceu seus esforços desde o início do plantão, ao promover uma assistência de qualidade e que a defendeu reconhecendo que aquele adjetivo a ela atribuído era completamente inapropriado.

A exposição do residente ocasionada pelo preceptor pode ter como consequência a ruptura na relação de confiança com a mulher que está sob sua assistência. Dessa maneira,

A pessoa vem e te questiona e te desautoriza na frente da paciente. Ela perde a confiança em você. Você que está ali, ficou o dia inteiro, sabe todo o caso, sabe toda evolução, mas se a outra (a preceptora) vem e questiona sua conduta de uma maneira muito grosseira a paciente perde a confiança. **P14 (GF2)**

A técnica cirúrgica de um preceptor com outro é diferente. Eles gritam com a gente e a paciente está acordada escutando tudo. Achando que a cesária dela está sendo mal feita. Por exemplo, têm tipos diferentes de pontos para você fechar o útero, você começa a fazer um tipo e ele (o preceptor) grita: “Você está doida? Não é assim! Você não sabe até hoje!” **P18 (GF2)**

Uma coisa gravíssima que acontece é o preceptor gritar com o residente na frente do paciente dando a entender que estava sendo atendido por um incompetente, inútil. Isso quebra totalmente a confiança que o paciente tinha naquele residente. Às vezes, a gente está acompanhando um trabalho de parto ou quando vai passar o fórceps e chega o preceptor gritando: “Não é assim, pega desse jeito, já falei! Você não escutou isso!” O preceptor grita de uma forma que a paciente fica com medo de ser atendida por aquele residente. Tem situações que são bem assustadoras, para os pacientes.

Tem residente que sai chorando com alguns preceptores. Tem preceptores que gritam com o residente e o paciente está ouvindo. **P18 (E)**

Ela (a preceptora) não está acompanhando o tempo todo. Ela entra no quarto às vezes! Se a pessoa que está te acompanhando está no descanso, entra outra e impõe: “Por que você não rompeu essa bolsa? Por que você não iniciou ocitocina? Essa paciente está deitada, desse jeito não vai evoluir!”. Fica questionando suas condutas na nossa frente, na frente da paciente. Dependendo da situação a paciente perde a confiança na gente. **P16 (GF2)**

A situação foi a seguinte, tinha pedido os exames de sangue só que ia ter que colher arterial. Falei assim: “Vou chamar um Enfermeiro que coletar o sangue arterial, porque não sei coletar. Não vou furar a mulher para outra pessoa ter que furar novamente.” Aí, já rolou entre a equipe: “Mas, é Enfermeira e nem sabe colher sangue arterial?” Isso na frente da paciente e do acompanhante. O que a paciente irá pensar: “Estou sendo cuidada por uma incompetente, que não sabe nem fazer isso.” [...] Isso descaracteriza toda a assistência, inclusive o que o hospital preza. [...] Fiquei assim, meu Deus, não acredito que ela está falando isso. Poderia ter me chamado no cantinho e ter falado: “Oh (nome da residente) olha só, isso, isso e isso.” Mas, não falando para a mulher desqualificando toda assistência que eu prestei até aquele momento [...] Fui para casa arrasada ((emocionada)) ((choro)) fiquei pensando que não estou aqui para isso. Toda a coisa que eu fiz por aquela mulher durante o tempo que tive com ela vem outra pessoa e simplesmente varreu como se não tivesse feito nada que tivesse valor! **P21 (E)**

O residente ao ter sua assistência e/ou técnica sendo questionada ou desqualificada na frente da mulher pelo preceptor pode gerar um questionamento na usuária sobre a competência que aquele profissional possuiu para oferecer o cuidado que necessita.

Por mais uma vez, o aprendiz permanece vulnerável em seu cotidiano sendo enfeitado por aquele que deveria ser o profissional a acolher, ensinar, revelar qual técnica ou procedimento seria a mais adequada e construir juntos um cotidiano de aprendizagem e de encontros produtivos que qualificarão o futuro especialista em formação.

Como consequência das relações conflituosas e modeladas pelo autoritarismo os residentes reconhecem quem são os preceptores que devem ou não ter como referência, quais as atitudes devem ser ou não aprendidas.

Já sei o que quero para mim enquanto profissional. Estudo e empenho para isso aqui dentro enquanto residente. Sei os profissionais que, para mim, julgo serem bons profissionais. Sei com quem aprender e com quem não quero estar junto para aprender. **P1 (GF1)**

Envolve as relações interpessoais que se propaga na nossa formação também. Porque o que o nosso preceptor passar para o residente aquilo que ele acha! Cabe ao residente filtrar se aquilo é realmente benéfico para ele ou se não é. **P6 (GF1)**

Por tudo que passamos, vejo que pelo menos vamos começar de uma forma diferente. Acredito que nenhum de nós residentes, vivenciando o que a gente vivencia, passando pelas dificuldades que passamos, não vamos querer reproduzir isso lá na frente. Então, acho que vai mudando aos poucos. **P14 (GF2)**

É um sofrimento! Você está em uma posição de profissional em processo de formação. Você olha para aquele preceptor e fala assim: "Não quero ser que nem ele!". Isso tem impacto de sofrimento para mim. Porque, no momento, você queria estar em volta de profissionais que você se inspire e consiga melhorar cada vez mais sua assistência, às vezes, você vem para o plantão e sofre [...] são preceptores que não te acrescentam nada. Só te atrapalham, pelo contrário só trazem um sofrimento para gente enquanto futuro enfermeiro obstetra, futura obstetra. **P15 (GF2)**

Nós, residentes que ficamos aqui dois anos sabemos o que vemos, o que deve ser reproduzido depois de formado e o que devemos deletar. **P17 (GF2)**

Reflico diariamente sobre isso. Não tem como não refletir enquanto ser humano, enquanto profissional, enquanto mulher. Reflito o que eu enquanto profissional em formação quero seguir como exemplo ou não quero. **P1 (E)**

Com situações muito corriqueiras, quando acontecem busco aprender com aquela pessoa que está fazendo errado, eu busco aprender com os erros dessa pessoa e não fazer da mesma forma. **P2 (E)**

É simplesmente uma coisa que depois vou lembrar como deletéria. Como aprendi o que não ser, como não fazer. Coisas que levo negativamente e com certeza não quero reproduzir. [...] No geral vejo essas pessoas com muito desprezo. Como vou aprender que deveria mandar a mulher fazer força quando não quero aprender isso? Quando já sei que isso não tem necessidade de ser feito? São saberes que desprezo completamente. **P10 (E)**

É o exemplo de como não ser. Sempre deixo ser bem forte, de analisar sempre aquela cena e ver a enfermeira obstetra que não quero ser, que quero reproduzir. [...] Sei que não quero ser de várias formas que vi ali dentro. Quero continuar com a minha personalidade forte, de brigar por essas mulheres, de conquistar espaço na enfermagem obstétrica em outros lugares. **P17 (E)**

Acho que é a questão de caráter mesmo, não de informação, mais de caráter. Porque na minha formação assisti isso, mas não quero fazer isso, não quero reproduzir! Isso é uma escolha. Não sei se existe uma varinha mágica, isso não mudaria nem o caráter das pessoas. **P20 (E)**

Quando sair daqui. ((choro)) O quê que vou ser quando tiver o meu diploma? Quando for carimbar? Espero não ter que encontrar esse tipo de pessoas, sabe? **P21 (E)**

É notório o posicionamento nas falas dos residentes sobre os preceptores que não servem de exemplo por sua forma de agir no coletivo durante a assistência.

A esses sujeitos é reservado o desprezo por suas condutas e as lembranças negativas que fizeram parte do aprendizado dos residentes. As ações passam longe do conceito ideal do ser preceptor como o mentor do sujeito em formação que será

sua inspiração para o agir profissional e para a constituição daquele que permanece sobre sua responsabilidade.

Para finalizar a subcategoria, no contexto das relações de ensino e aprendizagem, os residentes identificam especialmente na unidade de caso que a alta demanda assistencial provocada pelo fluxo de atendimento na Instituição dificulta o exercício da preceptoria pelos preceptores. Assim,

Influencia muito eles (os preceptores) não serem pagos para aquilo. Eles têm que dar conta do plantão, do residente, da paciente, de todas as intercorrências e de todos os casos. Então, a sobrecarga de trabalho para o preceptor impacta na formação e impacta também nessas situações de violência e na assistência. **P6 (E)**

Isso para mim esbarra literalmente em quantitativo de pessoal. Em quantitativo do pessoal de enfermagem, primeiro da enfermagem obstétrica, enfermeira assistencial. Porque se você não tem nem profissional você não sabe que qualidade de assistência àquele profissional vai prestar. [...] O residente sofre violência, a mulher sofre violência. O profissional fala: "Não estou dando conta do plantão, tenho que dar conta do residente agora?" Aí o residente assume a assistência de uma forma inapropriada, entendeu? **P7 (E)**

As dificuldades no exercício da preceptoria são identificadas pelo acúmulo de funções exercidas pelos profissionais que desenvolvem o papel de preceptor no serviço. A sobrecarga identificada nas falas em conciliar as funções assistências e de ensino prejudica, no olhar do residente, o desenvolvimento da atividade de preceptoria impactando no processo de formação e deixando o residente mais uma vez sem o amparo do profissional.

Aguiar (2017) em seu texto identifica algumas questões que dificultam o exercício da preceptoria no contexto assistencial sendo pontuada a sobrecarga de atividades, as restrições de recursos humanos, a precarização de vínculos empregatícios. A autora aponta duas realidades encontradas em sua pesquisa a de hospitais que compreendem a preceptoria como inerente ao trabalho assistencial e outra em que a preceptoria é considerada um diferencial na carreira profissional com inclusive remuneração adicional.

Percebemos no cenário de nossa pesquisa uma proximidade maior com a realidade da preceptoria como inerente ao trabalho assistencial, em que o exercício da preceptoria ocorre conjuntamente com as outras atividades assistenciais. A autora Jardim e colaboradores já expressava essa realidade em seu texto refletido que

o exercício da preceptoria no Hospital também representa um “nó crítico”, merecendo reflexões com vistas à remodelação das atividades cotidianas. Tal necessidade, por diversas vezes, fica sufocada pelas demandas do processo de trabalho e, sobretudo, pela urgência na identificação e ampliação de oportunidades de atuação dos preceptores em outras atividades docentes (JARDIM *et al.*, 2017, p.111).

O preceptor que lida com o ensino simultaneamente às suas funções profissionais, possuiu maior proximidade com a realidade de saúde do serviço, conseguindo ensinar para seus residentes a gestão das questões assistenciais e do cotidiano do trabalho na instituição. No entanto, pode enfrentar situações em que, por exemplo, a alta demanda assistencial prejudica o desempenho de suas funções de ensino no contexto do serviço. Encontrar a boa medida torna-se um desafio aos preceptores e aos gestores das unidades.

A demanda assistencial também impacta no excesso de atividades atribuídas ao residente durante o plantão. As falas expressam que:

Em relação ao processo de preceptoria, a gente é abusado como um corpo de trabalho para cobrir os setores, para fazer o trabalho que eles (os preceptores) não fazem. A gente é pressionado para garantir o número de atendimentos. “Quantas altas você já fez? Você está muito devagar! Está acumulando muita ficha!” **P15 (GF2)**

Às vezes, enquanto residente é exigido que você esteja ali para ajudar o plantão. Nessas horas não sei a quem responder. Porque volto para mim e penso: Vou o tanto que der conta, mas esse dar conta te coloca no limite! Um limite que você é capaz de cometer erros e fazer vários atos que acredita não serem os mais adequados e corretos. **P7 (E)**

Tem momentos que ficamos sozinho, dependendo da Enfermeira Obstétrica assumimos sozinho. A noite a gente observa também uma mudança da finalidade de nossa presença. No pré-parto é um lugar bem característico, porque a nossa mão de obra é utilizada indiscriminadamente, no sentido de escutar BCF, colocar misoprostol, ligar cardiocardiografia! Fazer o serviço mecânico com todas as mulheres, sem assumir uma ou duas. **P9 (E)**

Saber que eu posso, mas não consegui por causa da demanda! Porque a gente sabe que a gente pode mais, mas o fluxo não permite. Às vezes você está com o vínculo com a paciente, nasceu, você quer voltar, você quer acompanhar os cuidados, ela quer tirar uma foto. Mas você não pode, porque tem mais um monte de menino nascendo ao mesmo tempo. **P16 (E)**

O desgastante é mais o cansaço físico de estar correndo de um lado para o outro para dar conta da demanda. Avaliar todas as mulheres. [...] Sobrecarrega, muito, e deixa as pessoas muito mais estressadas e intolerantes. Com isso acaba afetando você. Tem plantões que você sai do hospital arrasada. Mas não é pela assistência nem pelo contato com a mulher, pois isso é uma das coisas mais gratificantes de todo processo. É por causa do desgaste, da quantidade de coisas que te sobrecarregam. Porque precisa dar conta das coisas, e acaba se cobrando para conseguir fazer. As pessoas te cobram por acreditarem que você vai dar conta. Você não consegue, não quer decepcionar as outras pessoas e continua se

sobrecarregando. Então, é uma cascata de coisas que acontecem que acabam afetando o seu corpo, o organismo, a saúde mas principalmente a saúde mental. ((muito emocionada)). **P19 (E)**

É muito difícil. Agente que dedicar o tempo para essa mulher. E, às vezes, isso é cobrado. Como assim, você ficou lá horas conversando com essa paciente e não escutou os BCF, não ligou a cárdio? Você estava dando uma atenção porque era o que ela precisava, escutando o quê que ela queira. **P21 (E)**

A superposição de atividades desenvolvidas pelo residente, durante a assistência às mulheres no cenário de prática, acarretam sentimentos de uma extrema exigência por uma agilidade para além do que é aceitável para um profissional em aprendizagem.

A excessiva cobrança sobre o residente para que consiga dar conta de todas as atividades do plantão geram uma insatisfação naquele que reconhece que seu cuidado não está sendo desenvolvido com qualidade, inclusive pela falta de destreza ao executar uma técnica ou um cuidado a mulher mesmo que seja corriqueiro.

O processo de aprendizagem sofre consequências quando carece de tempo e espaço para a efetivação das estratégias de ensino que ocorrem simultaneamente ao cuidado prestado na troca de experiências, da discussão clínica, no manejo da técnica e nas relações entre preceptor e residente.

5.4.2 Dificuldades e repercussões no cotidiano de formação dos residentes em obstetrícia

As dificuldades vividas nas relações estabelecidas durante a residência e no cotidiano da Instituição trazem repercussões no processo de ensino e aprendizagem estabelecidos e que reverbera na forma como os residentes são acolhidos e ensinados.

Durante o grupo focal e as entrevistas identificamos falas que remetem as consequências que esse processo traz para a formação dos residentes, esse espaço é dedicado para a discussão de suas características. Uma primeira repercussão identificada firma-se na falta de acolhimento às demandas dos residentes e dificuldade de interação com o profissional que é traduzido na solidão encontrada pelos sujeitos no processo de ensino que estão inseridos.

Será que tem violência obstétrica em um processo de formação? Não é um residente que nunca passou por aquela situação, está sozinho naquela

situação e se deparar sem uma preceptoria direita? Será que tudo isso não é violência obstétrica? Está aquela visão sistêmica que um dos nossos colegas abordou. [...] Falei para a enfermeira assistencial: “Por favor, chama uma enfermeira obstetra”. A enfermeira obstetra não veio. Deparei-me sozinha num parto com uma situação que nunca tinha presenciado que não sabia o que fazer. A enfermeira obstetra chegou e me disse: “Ah, é um parto como qualquer outro, vamos lá! É só pegar o menino, apresentar para ela, a gente pesa, vê se é aborto, se não é”. Desse jeito! Falei: “Não, calma! Vamos ver com a mulher o que ela quer? [...] A gente aprende sozinho as coisas naquele ponto do *near miss*, quase interferindo na segurança do paciente. Porque a gente não sabe fazer determinada coisa, mas se depara sozinho fazendo.

P6 (GF1)

Você vem esperando que seja residente e não esteja sozinho e tenha uma preceptoria direta, alguém para te ensinar. Mas muitas vezes, no processo de formação nas situações de violência obstétrica você se depara sozinho, fazendo algo que nunca fez na vida sem ninguém te ensinar, te orientar. Às vezes, a gente se depara com situações que está fazendo uma coisa que não aprendeu a fazer. Ninguém te orientou sobre aquilo. **P6 (E)**

Quando a gente deixa de aprender com preceptor porque ele não está, de certa forma pela imaturidade profissional isso pode levar a gente a cometer alguns atos de violência, de não conseguir enxergar a totalidade que aquela mulher precisa. Com as orientações do preceptor a assistência seria melhor para aquela mulher. Porque a gente não tem aquele preceptor que pudesse orientar um cuidado mais específico. [...] Acho que se tivesse um preceptor mais de perto. Se a logística fosse outra. Se realmente tivesse condições de aceitar todas as mulheres que foram admitidas, transferidas, as violências isso não aconteceria. Entendeu? **P7 (E)**

A gente assume situações que não tem maturidade de assumir. Então, a gente pratica sem ter noção, sem saber, por falta de quem me apoie, quem ajude. **P9 (E)**

Às vezes, vai ter um preceptor que vai se apresentar para a mulher e nunca mais vai entrar naquele quarto, a não ser que aquele bebê esteja nascendo. Ele (o preceptor) não está dentro do quarto não compreende como é a evolução, quais são as angústias, quais são as facilidades do cenário do parto daquela mulher. [...] isso reflete no meu processo de aprendizado. Vou ficar desassistido, vou ter que prestar assistência nesse processo de formação me sentindo só, sem poder contar com um apoio de um preceptor, de um colega de trabalho que possa ampliar, discutir inclusive essas questões conflitantes do dia a dia. **P15 (E)**

Refiro-me estar só, significa se submeter a uma responsabilidade num cenário no qual não cabe ou pelo menos não deveria caber um residente estar só. Posso até estar com a preceptoria direta, mas eu vou continuar só, se essa preceptoria está só no papel, se tiver um corpo físico que não atua num sentido de não querer lhe trazer nenhuma reflexão que possa ser útil para o meu processo de aprendizado. **P15 (E)**

Tem gente que esquece que um dia foi residente. Quando você reclama alguma coisa a pessoa diz: “Ah, porque na minha época era pior, assumia o alojamento sozinha não tinha preceptor”. Em vez de chegar e falar: “Você está precisando de algo? Posso te ajudar? [...] Porque acho que pregamos muito a humanização para a paciente mas, às vezes, a gente não tem esse cuidado, a gente não recebe isso. Então, temos que ter o maior cuidado do mundo para não descontar na mulher que não tem nada haver com o que

você está sofrendo. Muitas vezes, dependendo do que acontece, a própria paciente vê o que você está passando e se compadece. **P16 (E)**

Dá uma insegurança a gente tomar decisões sem ninguém para discutir os casos. Isso leva com certeza a cesarianas desnecessárias. Estou sozinha e de noite, tem um neném que ninguém vai discutir comigo se eu posso continuar conduzindo via abaixo ou não. Não tenho ninguém para discutir isso comigo e tenho que decidir sozinha. Muitas vezes pode acontecer de acabar em cesariana, por insegurança do residente de conduzir sozinho [...] estar tomando decisões sozinho, sem preceptor. Tendo que tomar decisões que estão acima da nossa maturidade. É um problema. No R2 é terrível porque no R1 você está assistindo pelo seu R2, aí no R2 você está sozinho de noite se virando para decidir tudo sozinho. Ter que decidir coisas que você não está se sentindo seguro. Ao mesmo tempo quando o preceptor está presente, mas grita, xinga, toma da sua mão o porta agulha em vez de te mostrar como é que faz, também é uma violência com o residente. **P18 (E)**

Muitas coisas a gente aprende sozinho ou discutindo com os nossos próprios colegas, em sala de aula. Todos os dias que a gente tem aula, antes de começar ou depois que terminar, nós discutimos as coisas que aconteceram durante a semana no plantão. Condutas que a gente não concorda que achou legal, coisas absurdas que aconteceram. **P21 (E)**

Os depoimentos dos residentes remetem a um cotidiano de aprendizado que convive com a solidão de um processo de ensino, ao não encontrar na figura do preceptor um sujeito que acolha suas demandas, que respeite suas limitações, que conduza nos ensinamentos necessários para constituir o cuidado em obstetrícia.

O ser aprendiz reconhece que desenvolver suas habilidades sem um suporte adequado pode acarretar uma série de prejuízos no cuidado à mulher, pela própria inexperiência e insegurança do profissional que conduz o caso e pela carência de apoio do preceptor na discussão clínica e na tomada de condutas que definem os rumos da qualidade assistencial.

Em discordância com a situação apresentada Soares *et al.* (2013) afirmam que preceptor deve utilizar de situações cotidianas complexas e desafiadoras para o exercício junto com seu aprendiz da superação das situações conflituosas promovendo uma atitude reflexiva e emancipatória em suas estratégias de ensino. Corroborando essa evidência, o artigo 13 da Resolução CNRMS nº 2, expressa que

a função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista (CNRMS, 2012, p.5).

A preceptoria é reconhecida pelos autores como um suporte essencial para auxiliar o profissional em formação a adquirir maior destreza, segurança e confiança nas ações desempenhadas quotidianamente relativas à sua assistência (BOTTI, REGO, 2008; BOTTI, 2009; AGUIAR, 2017).

No momento que o profissional em formação se sente desamparado em seu quotidiano, violado em seu direito de estar com alguém que possa ensinar ou mesmo amparar em momentos de dúvidas e angústias. A violência se perpetua nas relações e dificultam o estabelecimento de vínculos entre residente e preceptor, acarretando nesse processo solitário em que os sujeitos não se amparam nem tecem as redes que poderiam ser utilizadas para subsistir as demais adversidades encontradas no quotidiano.

Outra repercussão sobre o ensino, nomeada nas falas que se referem aos entraves encontrados, diz respeito da perpetuação dos atos de violência e da VO pela forma como é ensinada a assistência obstétrica nas residências. Assim,

É a questão que a colega trouxe que a gente acaba vivendo em uma rotina, que a gente acaba praticando violência mesmo sem querer. Muitas vezes, a gente acaba analisando isso e acaba virando normal, deixando de ser violência e reproduzindo mesmo sem perceber. Aquelas pessoas que estão nos preceptorando passaram pelas mesmas coisas e aquilo que elas ajudavam a ser errado se tornou banal, se tornou comum, se tornou normal. Elas começam a praticar isso e passar para nós. A gente acaba vivendo essa mesma situação. **P3 (GF1)**

Então, no meu processo de formação vivi muito isso! Principalmente na minha cidade de origem (nome da cidade). Então, o residente sabia que não precisava fazer episiotomia, mas era obrigado a fazer episiotomia pelo preceptor. Ou fazia para aprender, para não deixar de aprender! Acaba sendo uma violência obstétrica! Por que você está submetendo a mulher a um procedimento só para o residente aprender? Ou só porque o profissional acha que é válido? Sem o consentimento dela? É complicado! [...] A gente aprende muito como praticar a violência obstétrica e muito pouco como evitar. Estou aprendendo muito como fazer violência obstétrica. Acho que sei fazer todas elas. **P6 (GF1)**

Esse recorte é muito importante de ser colocado, porque é o recorte da violência obstétrica no hospital-escola. Porque acaba que vai estar relacionado com a relação que se faz de aprendizado, de aprendiz com mestre, professor [...] nas relações de ensino e de aprendizado. Também vão repercutir nessa assistência que está relacionada com a violência. **P13 (GF1)**

Com certeza, a violência obstétrica atrapalha no processo de formação, porque eu fico pensando nas pessoas que não têm esse discernimento. O que devo agregar para mim, o que devo replicar. Isso me preocupa. Porque para algumas pessoas pode começar a parecer normal. Até porque, a gente vê recém-formados replicando isso! Então, a gente se vê o quanto isso pode ser influenciador no processo de formação. **P17 (GF2)**

Essas pessoas (os preceptores) não têm preocupação que estão ensinando isso, fazendo isso, que estamos em formação e isso está sendo perpetuado, transmitido, sabe? Isso é uma bola de neve! Enquanto existirem pessoas que praticam violências obstétricas no papel de preceptoria, de tutoria alguém um dia vai ver, ouvir falar, aprender. Isso não vai acabar. [...] Tanto na enfermagem obstétrica, quanto na ginecologia obstétrica já vi preceptor praticando violência obstétrica. Os residentes identificam as pessoas, mas também cai no que é cíclico: enquanto existirem pessoas ensinando violência obstétrica haverá profissionais que e reproduzem. **P1 (E)**

Aqui no Sofia isso não é tão forte mas em alguns lugares, o residente não quer fazer, por exemplo, uma episiotomia porque é contra a episiotomia, mas ele é obrigado a fazer porque o preceptor dele obrigada a fazer. Ou, por exemplo, o preceptor manda você romper a bolsa no menino flutuante e você sabe que tem um risco enorme de prolapso de cordão e você fala para o preceptor e ele fala não tem! **P6 (E)**

Não tem capacitação que nos mude, porque a gente está vendo isso acontecer e vai reproduzir dessa forma. Porque é assim, a gente reproduz aquilo que foi ensinado a fazer. É a mesma coisa que na nossa casa, se a gente é ensinado de um jeito fazemos daquele jeito sempre. [...] A gente repete e os profissionais repetem. Isso é muito preocupante, porque se a gente está saindo daqui para ser um Enfermeiro Obstetra, saindo do forno, era para gente tá praticando só o que é top. Infelizmente, a gente vê muitas coisas que não são coisas top, a gente pensa: “Meu Deus! Se contar ninguém acredita”. **P21 (E)**

Nesses fragmentos há um reconhecimento que as relações de ensino estabelecidas são moduladas pelos atos de VO que passam a ser invisibilizados pelo sujeito que ensina e recebido pelo sujeito que aprende. Os envolvidos, nesse cenário, reproduzem aquilo que é ensinado criando uma “bola de neve” onde sempre haverá quem ensina e quem pratica a violência.

Nesse momento, o ensino passa ser o propagador da perpetuação dos atos de VO no meio assistencial, sendo um importante recorte para se compreender o fenômeno da violência e sua permanência nas instituições, mesmo havendo todas as discussões que vinculam estratégias para o seu enfrentamento cotidiano inclusive nos hospitais escola.

Um participante relata uma observação importante ao mencionar a violação de corpos firmados no único objetivo de favorecer as oportunidades de ensino para os sujeitos em formação, seja pela realização da episiotomia didática, do fórceps para o ensino e do exercício de diferentes condutas clínicas que não levam em conta os malefícios sobre a assistência às mulheres e seus bebês e sim o espaço criado para que a técnica seja aprendida.

O texto da autora Diniz e colaboradores “A vagina-escola” já reverberava essa interface do ensino sobre a manutenção dos atos de violência no momento que,

na prática, ensina-se, aos futuros profissionais, que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes (DINIZ *et al.*, 2016, p. 254).

O texto destaca que o ensino dos procedimentos em obstetrícia não poderia estar desassociado com a ética profissional, com a autonomia dos sujeitos e a preservação da integridade corporal da mulher em todos os cenários de prática existentes (DINIZ *et al.*, 2016). Para Hotimsky e Schraiber (2005), Hotimsky (2007) o processo de ensino da prática em obstetrícia devem almejar a associação entre o aprendizado da técnica e as interações entre os sujeitos concomitante ao exercício da assistência apontando, também, para a relação indissociável entre ética e o respeito a mulher.

Sustentados nesse texto, Marrero, Brüggemann (2018) conjuntamente refletem que a formação dos profissionais de saúde passa pelo ensino dos procedimentos obstétricos sob corpos de mulheres pobres e pertencentes a minorias étnicas. Nesse momento, de forma abusiva os sujeitos desconsideram que tais intervenções podem ser desnecessárias/não-recomendadas ou mesmo prejudiciais à saúde da mulher e do recém-nascido.

Torna-se interessante pontuar o que Hotimsky (2007) traz em sua tese num conceito importante do autor Kapsalis (1997) em que há uma comparação entre diferentes estilos de ensino e treinamento da prática profissional sendo diferenciados em *hands on*, quando bem cedo os alunos são inseridos em hospitais escolas para a realização de procedimentos e intervenções sob os corpos num processo de treinamento em vivo. Já o outro conceito *hands off*, as oportunidades de treinamento primeiramente ocorrem em animais e bonecos protelando o treinamento nos usuários dos serviços.

O exercício contínuo da reflexão para a não-maleficência deveria ser fomentado pelos residentes e preceptores em todos os instantes em que as estratégias de ensino ocorrem, visando continuamente a redução dos eventos considerados violentos e/ou desnecessários a assistência.

No entanto, identificamos nas falas a situação em que o residente passa a ser violento no seu papel de aprendiz contribuindo para a perpetuação do fenômeno no cuidado obstétrico. As falas remetem a um cenário em que os sujeitos praticam a VO em sua rotina de aprendizagem, nesse momento,

Muitas vezes na formação somos impostos a fazer determinadas coisas, até pela hierarquia mesmo! "Sou o seu preceptor e estou mandando você fazer isso!" e você tem que fazer isso. [...] Fiz alguns atos de violência, talvez tenha que fazer algumas no decorrer da minha carreira profissional, porque já falamos que é muito amplo o conceito de violência obstétrica. **P6 (GF1)**
 Às vezes, a gente faz coisas que você não concorda que sabe estar errado. Mas você é obrigado, obrigado! **P18 (GF2)**

A situação que vivi e colaborei com violência foi à questão do puxo dirigido. Tenho me vigiado muito porque a gente acaba ficando com alguns Enfermeiros Obstetras que tem essa prática e acabo fazendo isso. Muitas Enfermeiras Obstetras têm essa maneira indiscriminada, com qualquer mulher, com pressa para nascer, para resolver aquele caso. **P2 (E)**

A voz do preceptor te falando e você não tem essa consciência de falar não! Então você acaba fazendo o que não deveria. Já saí daqui falando: "O que fiz com essa mulher?" Fui eu que violencei e não enxerguei isso no momento que estava com ela!" Então, isso para mim é uma situação que não ficou clara no momento. **P7 (E)**

Vejo como violência comigo e com a mulher. Também com certeza é violência na formação porque, nesse momento, tenho que descarregar no sentido de deixar a minha mente branca. Nesse momento, sempre defino e simplesmente não penso em nada, faço no automático. **P10 (E)**

Acontece de fazermos as cesarianas que o preceptor indicou, mas acharmos que poderiam aguardar para nascer. O fórceps que o preceptor indicou e que a gente acreditaria que poderia aguardar mais para nascer. **P18 (E)**

Quando me vejo estou fazendo essas coisas, porque a gente não está imune, a gente faz. [...] Várias vezes me sinto obrigada a tomar condutas que eu não concordo, porque eu não tenho abertura pra discutir o caso, porque é uma pessoa impositiva, aí tenho que tomar a conduta que a pessoa quer e não a conduta que acha que deve ser. **P21 (E)**

Encontramos sujeitos violentos no papel de aprendiz em situações onde ele não consegue romper com o que é inadequado na assistência, mas em outras situações ele age sem se dar conta que está colaborando com atos de violência por serem comuns no cotidiano assistencial.

Na realidade, segundo Diniz *et al.* (2015) e Marrero, Brüggemann (2018), a violência utilizada para fins didáticos encontra-se presente, principalmente, nas instituições públicas e de ensino com uma compreensão enraizada nos profissionais de que é necessário criar oportunidade para o aprendizado. Mesmo que para isso corpos tenham que ser violentados ou submetidos a procedimentos iatrogênicos.

Desse modo, as ações de violência que proporcionam a violação dos direitos humanos e reprodutivos são inseridas nos contextos formativos e institucionais, como parte de suas rotinas, sendo invisibilizadas e não provocam repulsa pelos profissionais (DINIZ *et al.*, 2015).

O residente que outrora critica as ações de seus preceptores agora se vê praticando-as em seu exercício, uma violência não somente com o sujeito alvo de sua assistência, mas, principalmente, consigo em um contexto de discórdias, vulnerabilidades e invisibilidades.

Trata-se de um *situacionismo* complexo, pois o observador está, ao mesmo tempo, ainda que parcialmente, integrado em tal ou qual das situações descritas por ele. A hermenêutica supõe ser quem descreve da mesma substância daquilo que descreve” (MAFFESOLI, 2014, p. 8).

A terceira repercussão encontrada no ensino mediante as relações permeadas pela violência refere-se à dificuldade do residente de se posicionar frente às questões conflituosas com seus preceptores, principalmente, ao que é específico sobre a VO. Os participantes da pesquisa reconhecem a importância de espaços de discussão sobre a temática conforme manifesto abaixo:

Eu acho que no institucional o que pode ser feito, é mais ou menos semelhante quando a gente tem algum problema em casa, com o marido e tem que falar. Então, quando se está com uma situação em casa que não está caminhando bem, você tem que sentar, bater um papo, conversar, dialogar. Na questão institucional é tirar isso de debaixo do pano, saber que existe e falar sobre, porque se for falado nesse momento (referindo ao grupo focal) a cada um ano ou mais não vai ser resolvido. Então, se ficar às escondidas, achando que não há um problema não vai ser resolvido. Então, tem que falar sobre isso mesmo nesse ambiente que é um berço de humanização, tem que falar, porque existe e deve ser debatido! **P2 (GF1)**

Então, acho que a gente só consegue melhorar trazendo isso para debate, para reflexão e buscando mesmo as melhorias como as comportamentais, da assistência ao parto e nascimento. **P15 (GF2)**

Precisamos falar mais sobre isso (violência obstétrica) na residência. Porque todo mundo sabe que violência obstétrica existe! Estou falando de todos da área de obstetria. Nós residentes sabemos quais são os tipos de

violência obstétrica, sabemos pontuar os profissionais que praticam a violência obstétrica. **P1 (E)**

Os residentes reconhecem que as mudanças efetivas na assistência poderão emergir nos espaços de diálogo na residência que vislumbrem as possibilidades de enfrentamento das situações de violência no processo de ensino.

No entanto o que é ressaltado nas falas é a falta de reflexão e de diálogo sobre a prática de VO no contexto da residência apontando para a real necessidade de rever o processo formativo que qualifique o que é ensinado. Deste modo,

Tem um ano e meio que estamos na residência é a primeira oportunidade de discutir de forma mais coletiva sobre a violência obstétrica aqui na maternidade. Eu nunca tive a oportunidade de participar em outros espaços e desconheço se teve algum momento que isso pudesse ser dito de forma tão clara. [...] A discussão geralmente fica muito aquém do que a gente poderia ir. Talvez, em termos de ganho para a nossa formação. Fica muito pontual e específico no momento com o colega no plantão. Não sentimos liberdade para discutir sobre isso com o nosso preceptor a maioria das vezes. São poucos aqueles que temos liberdade, podemos falar abertamente, questionar sobre as condutas na nossa assistência. **P7 (GF1)**

Conversar mais sobre isso é uma estratégia que deve ser traçada. Eu tenho que parar, voltar a pensar, ver coisas que poderiam ser realizadas. Não só para o residente, para os próprios profissionais, pois eles também não têm um suporte. Essa violência os preceptores passam, vivenciam essa violência, também têm medo de falar, de intervir e sofrer com isso também. O hospital que tem esse nome de ser humanizado, mas com os próprios profissionais e residentes não tem humanização. Então, esse é um ponto muito falho aqui dentro. **P11 (GF1)**

A gente fala muito pouco sobre isso (violência obstétrica). Nunca tive uma aula falando sobre violência obstétrica, nunca tive um momento com meus colegas de residência discutindo violência obstétrica, construindo um conhecimento, estratégias de enfrentamento. Você vai acolher, você vai ouvir, você quer desabafar? Talvez, seja a hora. **P1 (E)**

O principal desafio hoje que enfrento, é a falta do diálogo que dá espaço para que essa violência ocorra. Porque acaba sendo um cenário onde eu não tenho voz, não tenho apoio. Onde a voz da mulher também não foi respeitada. Aquela violência quer queira, quer não, ela ocorreu. **P15 (E)**

Na percepção do residente a falta de diálogo e reflexão efetiva sobre a VO no cenário formativo contribui para a sua permanência na assistência e nas condutas que lhe são ensinadas pelos preceptores.

Os participantes reconhecem que se houvessem esses espaços de diálogo, poderiam existir a troca de experiências entre os sujeitos, as oportunidades para os questionamentos sobre as questões assistenciais e esse movimento produziria

ganhos expressivos para o ensino, com a proposta da construção coletiva do conhecimento sustentado nas melhores práticas de cuidado.

Aguiar (2017) citando o texto de Frenk e colaboradores (2010) aborda que são recomendações para a formação de profissionais da saúde a adoção de

currículos baseados em competência, adaptáveis às mudanças de contexto, promoção da educação interprofissional, estimulando o trabalho cooperativo e não hierárquico em equipes, e o investimento em desenvolvimento docente, na direção de estabelecer um conjunto de valores comuns em torno da responsabilidade social das instituições e profissionais (AGUIAR, 2017, p. 164).

Ao refletirem sobre a falta de espaço para o diálogo e as reflexões rotineiras os residentes estendem a lamentação para as questões que se constituem no ensino e na assistência, sendo visto com um pesar pela impossibilidade de fomentar mudanças necessárias.

Então por exemplo a gente vê os momentos de discussões, de aprimoramento, de melhoria o pessoal que está na assistência direta, tirando os residentes, eles não participam. É uma coisa nítida, a gente não vê. As pessoas que participam que são sempre as mesmas. (...) A gente tinha uma participação muito externa, pessoas de vários lugares, os residentes, mas, os profissionais que estão lá na prática o tempo todo a participação mínima. Isso faz falta, porque você está lá na rotina, você reproduz um negócio errado que para você já virou certo, já é normal. [...] A gente começa a reproduzir as coisas erradas e percebo que não têm lá dentro um espaço de parar para refletir os atos, de estarem participando de outros momentos de discussão com pensamento diferente. **P9 (GF1)**

Não me permite, por exemplo, espaço para refletir. “Eu vi que você está acumulando fichas, você está com dúvida em relação a esses atendimentos? Você sentiu dificuldades com relação a pacientes? Por que você sentiu dificuldades em internar essa paciente? Você gostaria de discutir os casos?”. Isso não tem espaço. O que querem é um profissional pronto. Quer o enfermeiro, o médico esteja pronto. Não há uma preocupação em relação ao processo de formação. **P15 (GF2)**

Nos discursos encontramos duas questões importantes relativas à reflexão sobre a assistência: a primeira que os espaços existentes não são ocupados pelos profissionais, os preceptores, que deveriam estar ali para a reorganização das condutas, qualificação do cuidado e conseqüentemente do ensino que é ministrado.

A outra remete a dificuldade de refletir sobre o ensino nos instantes em que ele ocorre, com centralidade na preocupação de melhorar o processo de formação e não apenas resolver as demandas assistenciais. A continuidade das falas dirige-se sobre a carência de discutir o processo de formação na residência alinhado no contínuo método de reflexão e ação. Assim,

Vimos dispostos a aprender mesmo sabendo que, muitas vezes, é inserido em alguns contextos que são desfavoráveis para o nosso aprendizado. Talvez a gente aprenda muito seguindo tarefas, repetindo tarefas que são ordenadas, mas acho que se deve investir mesmo no processo de formação da residência por reflexão. [...] No modelo que a gente está se formando, com as situações que a gente vivencia vão impactar no profissional que vamos ser amanhã. **P6 (E)**

Porque acredito muito que esse processo de formação ele exige a prática com reflexão sempre. Reflexão, ação, reflexão, ação. E durante o plantão inteiro você fica somente na ação, ação, ação. Você reflete só em casa! Mas era só em casa que tinha que refletir sobre isso? Ou era aqui! Tinha que ter um espaço reservado para isso aqui! **P7 (E)**

Nenhuma! São poucos os plantões onde acontece alguma intercorrência e a pessoa se senta depois, no final, para conversar e para refletir sobre o que aconteceu, o que foi adequado ou inadequado, aquilo que pode ser melhorado. É pouco, são plantões ou pessoas específicas que sentam e discutem essas situações. [...] Às vezes, dependendo da pessoa que está conseguimos conversar tranquilamente e pensar outras possibilidades. Mas, dependendo de quem, é não tem jeito. **P9 (E)**

Não existe essa reflexão, no dia a dia, no cotidiano. Não há espaço para uma experiência didática, para uma experiência de transformação, de educação na saúde. Não se permite isso, porque o preceptor já está marcado com caixinha de pensamento. [...] Porque já ocorreu de ser preceptorado, de querer discutir qual a opinião da equipe e ser ridicularizado. Inclusive falarem: "Eu sou sua preceptora, se você está discutindo com fulano, que nem é enfermeiro, não vou entrar naquele parto, você já tem preceptor". **P15 (E)**

A inexistência de reflexão das ações cotidianas permanece no atropelado de funções a serem desempenhadas pelos residentes e reverbera em como o ensino é perpetuado e na formação de um sujeito acríptico que não reconhece em suas atitudes o como e onde mudar, as múltiplas formas de construir e reconstruir a atenção à mulher.

O preceptor por sua vez também não se sente responsável pela criação desses espaços nas rotinas diárias que são realizadas. A experiência da transformação de sujeitos por meio do ensino torna-se algo pertencente ao imaginário que é idealizado pelos participantes para sua formação na residência.

A quarta repercussão fruto das dificuldades relacionais entre preceptor e residentes firma-se na falta de abertura por parte do preceptor para o estabelecimento de diálogo, o reconhecimento das limitações e o fomento de mudanças não somente sobre a VO, mas sobre as questões relativas ao ensino. Consequentemente o aprendiz não encontra espaço para se posicionar, assim,

Me encontro como residente em um espaço muito difícil de saber que está errado e ter limitações para poder mudar. Sei que quando formar vai

continuar quase a mesma coisa, mas no papel de residente me incomoda bastante. **P12 (GF1)**

Tem profissional que obriga e se a gente falar eles ficam uma arara. Você sabe que aquilo ali está errado. E você não pode falar. Nossa, se fala eles ficam uma arara. “Imagina, vocês acabaram de chegar, eu tenho 20 anos de experiência e você acha que sabe alguma coisa?” **P18 (GF2)**

Para violência obstétrica, em geral, acho que não tem jeito. Você tem um preceptor fazendo um puxo dirigido. É uma pessoa que já tem muitos anos trabalhando. Tem preceptor de enfermagem e médicos que estão fazendo os seus partinhos há 20 anos dirigidos por puxos, com estímulo de períneo. Essas pessoas não adiantam, são os que não vêm quando tem reunião para falar sobre acompanhamento do trabalho de parto. Mexer com essas pessoas não tem jeito. **P18 (E)**

Geralmente, me sinto de mãos amarradas. Por mais que tente mudar o cenário, intervir de uma maneira para garantir mais segurança para mulher, nem sempre consegue fazer isso. [...] Ainda não posso me posicionar da maneira que gostaria, porque estou na instituição enquanto residente. Talvez, alguma coisa faria diferente, mas procuro entrar em um acordo. Falo a minha opinião e procuro entrar em um acordo com a pessoa. Às vezes, é uma opinião totalmente diferente, mas, enfim... **P19 (E)**

Outro ponto que dificulta o posicionamento dos residentes frente às questões relativas principalmente a VO está na sua relação de dependência cotidiana com o preceptor. De modo que,

Anulo-me, fico muda. Não tenho muito que dizer naquele momento. Fico quieta, me anulo, fico responsiva apenas aos comandos, é bem isso mesmo. [...] Não podia fazer nada porque estava vulnerável. Porque ele (o preceptor) era quem tinha naquele momento para me assistir, para me acompanhar. Então, não podia fazer nada. [...] Estava muito sem ação naquele momento. Porque tinha que cumprir a ordem da preceptora, ela não me deu opção. Nesse momento você fica sem ter muita voz porque é o seu preceptor, é quem está ali para te orientar. **P10 (E)**

Mas com esse preceptor violento presente que não tem diálogo, só obedeço! Até acabar minha residência eu quero terminar às boas com todos os preceptores. Vou só obedecendo. **P18 (E)**

É um caso de amor e ódio! Não sei por que a gente aguenta isso? Não tem explicação. A gente pensa que se bater de frente, se responder vai ser pior porque amanhã a pessoa vai estar no plantão de novo! Você vai precisar dessa pessoa, porque querendo ou não, por mais que ela seja violenta, tenha condutas péssimas você precisa dela como preceptor. **P17 (E)**

Se falasse para ele (o preceptor) alguma coisa ele tomaria posição de sair e deixar as coisas acontecerem. Talvez naquele momento não tivesse outro profissional que pudesse executar comigo o que ele estava fazendo. Isso colocaria mais em risco a vida da mulher e do bebê. **P19 (E)**

É bem limitado, precisamos fazer nesse sentido de sermos refém. A gente é mais refém do que testemunha, do que de praticante. A gente assiste, vê coisas que não gostaria por ser refém num cenário de residente e preceptor. Refém, no sentido de ter que fazer coisas que a gente não concorda. **P20 (E)**

Em outras situações que já aconteceram não fiz queixa porque estava aqui por mais um ano e meio e quando a gente descreve as situações as pessoas sabem quem são. Você vai ficar sozinha no plantão, ninguém ficará com você e terá que assumir sozinho caso acontece alguma coisa.

P21 (E)

A anulação diante da situação passa a ser o posicionamento adotado por alguns residentes pelo medo estabelecido de permanecer sozinhos no cenário de prática ou pelas formas de retaliação frente às atitudes consideradas de enfrentamento.

Retorna-se a figura de poder que dita à forma como as coisas devem ser feitas e que detêm a autoridade para inclusive perseguir e coagir aquele que tentam romper com o ciclo de arbitrariedade e violência.

5.5 Resistir para persistir: as estratégias utilizadas para o enfrentamento cotidiano dos atos permeados pela violência

A última categoria da tese reúne as diferentes estratégias construídas pelos residentes para resistir aos desafios e as adversidades cotidianas impostas pelos atos de violência existentes durante o processo de formação e na assistência em que estão inseridos.

Os resultados dessa categoria foram subdivididos em duas subcategorias. A primeira subcategoria intitulada “Ser residente no enfrentamento da violência obstétrica: o olhar atento, o respeito, o conhecimento e a individualização do cuidado”, apresenta a estratégia da individualização do cuidado com acentuadas reflexões sobre a assistência obstétrica atribuída à mulher com enfoque para a empatia, o respeito e as singularidades existentes.

Outro destaque apresentado remete ao reconhecimento atribuído pelos residentes à propagação do conhecimento sobre a VO para o fortalecimento das mulheres e elaboração das habilidades necessárias para identificar, encarar e superar os atos violentos. Reconhecendo a importância das orientações sobre o que é VO, suas interfaces na assistência e a oportunidade de utilizar espaços como o pré-natal e o próprio momento do parto para compartilhar essas informações e empoderamento dos sujeitos envolvidos nesse evento.

Na segunda subcategoria nomeada “Residentes resistentes no anteparo à violência obstétrica”, descrevemos como os residentes tornam-se o anteparo na

defesa da mulher e no enfrentamento da violência. Percorrendo pela consolidação de posturas mais firmes no cotidiano, não permanecendo calado diante dos atos praticados, utilizando da negativa de executar determinados procedimentos reconhecidos como violentos, da mentira sendo utilizada com artifício de proteção, de permanecer ao lado da mulher integralmente durante a assistência.

Outro ponto marcante repousa nas estratégias de fortalecimento do ensino com especial atenção para a relação entre residente e preceptor sendo determinadas na seleção dos preceptores, fugindo dos considerados violentos e procurando aliar-se aos que possuem maior afinidade e que auxiliarão nas condutas a serem adotadas durante a assistência a mulher no cenário do nascimento.

5.5.1 Ser residente no enfrentamento da violência obstétrica: o olhar atento, o respeito, o conhecimento e a individualização do cuidado

O reconhecimento das estratégias utilizadas no cotidiano para o enfrentamento da VO torna-se algo necessário para vislumbrar o movimento de resistência que gera a persistência em busca da mudança de comportamentos e atitudes no cenário obstétrico em que os residentes estão inseridos.

Para Diniz e colaboradores (2016) as ações para o enfrentamento da VO devem ser,

voltadas para visibilizar, prevenir e remediar esta forma de violência nas práticas de saúde, no âmbito público, privado, e na formação de recursos humanos; bem como, para incentivar os governos e as instituições parceiras para pesquisas e ações (DINIZ, 2016, p. 256).

Durante as entrevistas os residentes revelam os artifícios que foram construídos ao longo das vivências e que se revelam em atos individuais e/ou coletivos em diferentes momentos da assistência, com o objetivo central na proteção da mulher de quaisquer ações que não tragam benefícios ou exponham as situações de violências.

Há um reconhecimento que as atitudes de enfrentamento são frutos de um amadurecimento que somente é possível após vivenciar e confrontar os atos de violência, como exposto abaixo.

Só depois de muito tempo e, infelizmente, e depois de ter passado por outras situações de violência obstétrica que você vai criando mecanismos

de o que você pode fazer, ajudar, fazer diferente, entendeu? Mas a primeira vez, é inesquecível. **P1 (E)**

Maffesoli (2014) em seu texto “O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa” já explicitava que os diferentes atores sociais são possuidores de uma potencialidade para se reunir e lutar por um sentimento em comum. Nessa categoria, o sentimento movente dos sujeitos repousa nas diferentes estratégias que produzem o enfrentamento da VO na assistência à mulher.

A primeira estratégia apontada pelos residentes encontra-se sustentada na necessidade de individualizar o cuidado à mulher, um movimento de colocar-se no lugar do outro, de empatia, para compreender suas subjetividades, mesmo nunca tendo vivido um momento semelhante.

Eu nunca estive grávida, eu nunca ganhei um bebê, nenhum bebê passou pela minha vagina, mas eu tenho muita empatia com as mulheres que estão nessa situação. Eu imagino e fico tentando imaginar o quanto deve incomodar, doer, atrapalhar, desconcentrar. É uma coisa muito ruim a ser feita naquele momento. **P1 (E)**

Eu tento me colocar muito no lugar das mulheres como se fosse a pessoa que não soubesse do que sei hoje. Porque se não soubesse eu não teria a visão de não querer essa assistência para evitar esse tipo de violência. Então, se eu tivesse no lugar delas o que eu poderia fazer seria me informar, ler para não ter que passar por isso [...] mas você nunca sabe como é exatamente estar no lugar dela, você só pode ter compaixão e tentar entender qual é a jornada dela até aqui. **P10 (E)**

Nunca passei por isso, eu acho difícil a gente pensar no que a mulher tá passando, por eu nunca ter passado por isso, mas a gente tenta mesmo, se colocar no lugar dela. E, eu fico, assim, isso me incomoda, porque eu fico pensando nisso. **P20 (E)**

No instante que o residente projeta seu cuidado como se fosse a pessoa que o está recebendo, ele passa a imaginar como seria estar nesse momento e pode vislumbrar o que gostaria de ter como cuidado. Se desperta a compaixão, a empatia, o desejo de oferecer algo diferenciado para o outro mesmo não tendo vivenciado um evento similar, mesmo na impossibilidade de sentir integralmente o vivido.

Se colocar no lugar do outro é romper a concepção sociológica de indivíduo para transpor ao conceito de pessoa possuidora de suas vitalidades, efemeridades e aura que a constitui (MAFFESOLI, 2014). Esse “reencantamento tem como cimento principal uma emoção ou uma sensibilidade vivida em comum” (MAFFESOLI, 2014,

p. 52) como vislumbrar o momento do nascimento desejando a melhor experiência para aqueles que estão imersos nela.

Assim, o fato de imaginar-se no lugar do outro suscita uma profunda empatia por esse momento e faz os residentes refletirem como é estar ali, como é vivenciar como mulher, como sujeito do cuidado. Esse elemento torna-se forte nos depoimentos abaixo.

As pessoas deveriam se colocar mais lugar dos outros. Porque quando colocamos no lugar do outro pensamos melhor no que fazemos. Acho que está faltando que em muitas pessoas, não são todas, se colocar no lugar do outro. "Será que eu gostaria que fizessem comigo o que eu estou fazendo com essa pessoa?". Eu acho que é mais essa reflexão mesmo. **P14 (GF2)**

Tem uma frase que li, uma coisa que aprendi também que nós temos que tratar as pessoas pensando sempre que é o amor de alguém. Que você está cuidando e essa pessoa sempre tem família, alguém que gosta. Então, tentamos ver aquela pessoa como uma pessoa querida. Você não vai tratar violentamente sua irmã, sua mãe, sua prima!! Você não vai querer que isso fosse feito com outras pessoas da sua família! Então, é um grande passo para os profissionais, evitarem situações, condutas que sejam violentas e desnecessárias. É pensar que aquele pode ser uma pessoa da sua família, poderia ser uma vizinha, uma pessoa muito conhecida e querida. **P10 (E)**

Rezo e peço para Deus para sempre, sempre despertar em mim um sentimento de empatia que é o principal para você não cometer uma violência obstétrica. Quando você se coloca no lugar daquela mulher, por mais que seja difícil eu ter empatia por um momento, penso nas coisas básicas que esperaria de ter numa assistência. Então, todos os dias eu peço para Deus que no dia que levantar da cama, e não tiver empatia que não me permita chegar aqui e assumir um plantão. É essa enfermeira obstetra que quero ser, ter empatia sempre em primeiro lugar, com a mulher e com a família. **P17 (E)**

Eu tento colocar no lugar da mulher! Eu tento me envolver com todo caso, toda sua vivência e penso que é pessoa próxima de mim. Então, fico muito incomodada com esse tipo de situação quando não tem esse respeito pela mulher [...] penso muito mais na outra pessoa! A gente trabalha com pessoas! **P19 (E)**

As falas remetem a uma profunda aproximação em que o residente perfaz nesse movimento de estar do outro lado como a mulher que recebe o cuidado e que não desejaria a impessoalidade, o desrespeito, à violência em seus diferentes formatos. A ponto de questionarem se gostariam de receber o cuidado que estão promovendo para a mulher. Para Maffesoli (2014, 2001b) esse movimento trata-se do “vitalismo”, que representa uma potência que move as pessoas para viver em conjunto, compartilhar sentimentos e experimentar a vida em sociedade. Numa relação de pertencimento e co-pertencimento que sustenta o viver e consolida uma identidade grupal.

Ferla e colaboradores (2017) destacam que as ações de saúde devem buscar constantemente o diálogo e a reflexão para desenvolver posturas críticas, a autonomia dos sujeitos e as aproximações dos conceitos individuais construindo um novo modelo de trabalho com centralidade no usuário, qualidade, integralidade e resolubilidade.

Outro elemento forte está na lembrança atribuída por um dos participantes que aquela pessoa sob seus cuidados representa o amor de outra pessoa, podendo ser a figura de uma pessoa querida, um familiar. Ao comparar a mulher sob seus cuidados com o “amor de alguém” o residente eleva a sua consciência de ofertar o melhor cuidado assistencial como também a sua responsabilidade em a proteger dos atos de violência cotidianos.

O cuidado vivo é também apontado nas falas, no instante onde a escuta, o respeito, a empatia, o amor tornam-se os fundamentos estruturantes da assistência, indo na contramão dos atos de VO e sendo umas das estratégias utilizadas para seu enfrentamento. “A razão sensível tem dado sustentação para o cuidado sensível, isto é, sublinhando a importância do toque, do olhar, dos aromas, dos sabores, dos sons” (NISTCHKE *et al.*, 2017, p. 8).

Para Maffesoli (2005) o indivíduo não é mais uma *entidade estável e intangível* ele se tornou capaz de mover e ser autor de sua própria história com a potência de unir a outros indivíduos para a escrita da história de uma sociedade.

Assim, o processo de reflexão sobre a prática assistencial torna-se importante na construção de um cuidado qualificado, que previne atitudes desnecessárias e desqualificadas, conforme expresso nas falas:

Reflico diariamente sobre a minha assistência, a minha prática e busco incansavelmente como evitá-las (violências). **P1 (GF1)**

Outra estratégica também é cada um que está aqui pararem de olhar só a assistência prestada pelo outro, mas olhar para a nossa assistência e refletir se está bem feita. A gente pode melhorar sempre para tentar oferecer as mulheres e seus bebês um cuidado como gostaríamos que fosse cuidado. A gente tem que parar para refletir! Refletir sobre nós como profissionais, nossa assistência, que estou prestando. Será que posso melhorar nisso? Será que posso fazer isso de uma forma diferente? **P6 (GF1)**

Acho que vai muito do profissional refletir. Falar assim: "Poxa tem que melhorar isso, tem que melhorar aquilo". **P6 (E)**

A gente tem que pensar de modo reflexivo para ver aquilo que está fazendo e tentar mudar. [...] Infelizmente, algumas situações fogem do nosso controle, mas, temos que manter refletindo para não continuar reproduzindo. Porque da mesma forma que vemos uma Enfermeira Obstetra praticando violência obstétrica, pensamos: "Ela foi residente um dia, provavelmente ela teve esses conflitos éticos e está reproduzindo. Aparentemente não tem nenhum pesar na consciência" [...] então, penso enquanto residente, mas enquanto profissional e enquanto Enfermeira Obstétrica que serei daqui uns meses. Como eu vou conseguir lidar com isso e sempre refletir qual assistência que eu quero, que seja adequada. **P9 (E)**

A avaliação da assistência prestada quotidianamente pelo profissional permite descobrir o que e onde pode haver mudanças que melhorem o cuidado que é ofertado. Na busca por essa qualificação o residente faz o movimento de autorreflexão, definindo caminhos a serem percorridos e buscando possíveis alternativas frente aos desafios encontrados.

A reflexão no olhar dos residentes não permite espaço ao comodismo profissional que reproduz um modelo de atenção continuamente sem peso na consciência ou dramas éticos. O incessante refletir impulsiona transformações, ajuda na construção do profissional que o residente deseja ser e trazem benefícios às mulheres que estarão sob seus cuidados.

Endossando a afirmativa anterior Maffesoli (2010a, 2003b) coloca que os olhares diferentes sob um mesmo objeto não são formas superiores de ser e sim diferentes perspectivas de se olhar para um mesmo fenômeno em busca de suas subjetividades. Assim, é proposto "a revolução do olhar que permitirá reconhecer toda a carga cognitiva que comportam os fatos brutos, componentes que são da vida cotidiana" (MAFFESOLI, 2010a, p. 235).

Assim, a reflexão sobre a prática assistencial produz implicações no agir profissional, no processo de mudança da assistência e na prevenção dos atos de violência. O reconhecimento dessa estratégia está posto nas falas a seguir:

Claro que tem algumas coisas que a gente pode mudar. Cada profissional é responsável por uma parte da aplicação das melhores referências e tentar ser o mais empático transmitindo da melhor maneira e evitando esses atritos. **P12 (GF1)**

Uma coisa fundamental é que tenhamos bem consolidada o que seria a boa-prática do que seria a má prática para a violência obstétrica. Seria a equipe estar toda alinhada nesse sentido. Porque, às vezes, a conduta de um profissional é entendida, são concordantes, todos se fortalecem. Até para um desfecho que não é bom, mas a equipe está ciente, está tranquila de que fez, do que devia fazer. **P13 (GF1)**

Então, devemos pensar mesmo antes de agir e tentar manter a ética, o sigilo, a privacidade da paciente. **P6 (E)**

Refletir, refletir! Será que é mesmo necessário fazer? **P10 (E)**

Então, o que depender de pensar na mulher, pensar que nada justifica uma violência obstétrica. Na minha cabeça nada justifica uma violência obstétrica, o plantão cheio, o plantão desfalcado nada justifica uma violência obstétrica. Eu acho que, se eu tenho isso na minha cabeça, eu evito aquilo com as minhas pacientes. Então, é uma estratégia sim, sempre pensar nisso. **P20 (E)**

Dos apontamentos elencados pelos residentes encontramos a importância da assistência pautada na prática baseada em evidência e sua distinção entre a má prática profissional. Almeja-se dessa forma o fortalecimento da equipe entre as ações desenvolvidas na rotina de um plantão.

O agir sustentado na ética, no respeito, na individualização do cuidado também é apontado como uma importante reflexão sobre o cuidar, com especial atenção ao repúdio anunciado às práticas violentas que não são justificáveis por quaisquer que sejam os motivos. Assim, para emergirmos no estar-junto com todos os seus significados produzidos “é preciso revirar de cabeça para baixo as ideias rançosas, jogar fora as análises pomposas e um tanto insípidas” (MAFFESOLI, 2010b, p. 19).

Nessa trajetória, o cuidado individualizado e respeitoso está no encontro do profissional com a mulher assistida, em seus pequenos detalhes que vão desde a permissão para que técnicas sejam realizadas, a observação de quais são seus desejos, suas expectativas em relação ao parto.

Como eu sofri isso, vejo como seria diferente se eu tivesse um ambiente que fosse promovido esse direito à mulher, esse respeito à mulher para evitar essas práticas de violência. **P2 (GF1)**

Você tem que pedir a permissão para mulher. Eu já assisti um parto sempre acompanhando o BCF (batimento cardio fetal) após cada puxo e teve uma gestante que ela olhou para mim falou assim: “Eu não posso, eu te peço por favor, me perdoa, mas eu não quero”. Por mais que eu explicasse, ela falou assim: “Eu não quero”. Aí eu falei: “Não vou escutar mais”. Eu poderia simplesmente insistir: “Não, mas eu vou ter que auscultar. A todo custo”. Primeiro, sabia que era um contexto favorável para o nascimento, segundo, a todo o momento que eu acompanhei o parto não tinha nenhuma desaceleração. Então, era um bebê que, aparentemente, tinha um contexto favorável para o nascimento, o porquê deixar de escutar um pouquinho, então, se estava começando a coroar? Então, realmente, não fazia sentido da minha parte estar toda hora insistindo. E ela falou: “Não posso, por favor!”. E ali eu percebi, preciso respeitá-la. **P15 (GF1)**

Quando estou numa relação profissional, isso, é muito cuidadoso para mim. Isso é muito cuidadoso porque eu preciso entender como se dá a permissão do outro para que possa escutar o coraçãozinho do seu bebê, eu preciso ter uma permissão para tentar e conseguir tramitar minha assistência [...] percebo pequenos gestos com respeito. Lembro que no CPN (centro de parto normal) já peguei várias mulheres extremamente tensas, não sendo grosseira nem te tratando mal, mas você sabe que aquele corpo está tenso. Eu não tenho permissão nenhuma sobre aquele corpo, não posso de forma nenhuma julgar, mas eu tenho que mostrar para ela, enquanto profissional, que serei um aliado para essa transição de mulher, gestante, para uma mulher com bebê no colo [...] Então, tento nos mínimos detalhes mostrar o respeito, o respeito à mulher. **P15 (E)**

Acho muito importante respeitar o desejo da mulher. Por mais que você esteja seguindo os protocolos do hospital, que você veja que a curva do partograma não está como deveria estar, como era o esperado para o trabalho de parto, que não está evoluindo a dilatação da maneira como que precisava, que as contrações não estão tão eficazes, acho importante respeitar o desejo da mulher, inclusive se ela quiser aguardar um tempo maior pra realização do toque. **P19 (E)**

Ao compreender o contexto do trabalho de parto e parto os residentes emergem no universo particular de cada mulher, com acesso ao seu corpo sem o intuito de apropriação e sim de aproximação com a permissão expressa para a realização do cuidado, seja durante a ausculta de batimentos cardíacos do feto, na verificação do padrão de contração ou na realização de um toque vaginal.

Os protocolos assistenciais são lembrados como importantes no acompanhamento do trabalho de parto com referência a segurança materna e fetal. No entanto, os residentes pontuam que não devem estar engessados em apenas a uma rotina a ser cumprida, podem ser particularizados de acordo com cada situação clínica e desejos apresentados pela mulher durante a assistência.

Retomamos com essa comparação um importante trecho da obra de Maffesoli (2010, p. 37) que destaca que “reduzir tudo à unidade foi a característica da organização social da modernidade. Expelir as diferenças. Homogeneizar os modos de ser”. No entanto, essa forma de agir e pensar o social tornou-se extremamente perigosa ao desconsiderar a individualidade do sujeito. Na saúde constrói-se um potencial extremamente lesivo ao desqualificar o cuidado que é oferecido ao tratar todos como se fossem apenas mais um indivíduo e não o *ser* do cuidado.

Assim, saber olhar para o outro, respeitando o seu momento, as suas limitações, as suas crenças, torna-se uma importante forma de enfrentar os atos de violência vivenciados. Indo ao encontro das definições atribuídas na primeira categoria da tese em que o desrespeito e violação dos corpos foram marcantes como as principais formas de VO. No lugar do desrespeito emerge o respeito, no lugar da violência emergem o cuidado subjetivo e singular.

“É ao manter em mente o predomínio do instante, de um instante eterno, que se pode apreender outra importante germinação, privilegiando a estética. Esta pode ser entendida em seu senso estrito como aquilo que presta atenção à beleza do mundo“ (MAFFESOLI, 2010b, p. 24).

Sejam nas pequenas sutilezas que nascem no trabalho de parto ou em momentos de incertezas, conforme apresentado nas falas:

Em situações em que a mulher está com medo, procuro estimular e fazê-la acreditar. Fico mais em silêncio, observo, estimo, incentivo, animo a mulher a acreditar que conseguirá. Porque eu já consegui (referindo ao próprio parto) então eu tento mostrar que ela dá conta, com brandura, temperança, maturidade [...] Eu falo: “Acredita! Você consegue! Vamos lá! Na próxima contração que tá vindo, tá nascendo!” Ela percebe que o bebê tá chegando e consiga acreditar pois no final ficamos exaustas, a gente acha que não vai dar conta, não vai conseguir [...] sou incentivadora, animo elas, as faço acreditarem e acabo mostrando que elas conseguem mesmo.
P2 (E)

Respeitar em coisas sutis: “Olha, Fulana, quer ir ao chuveiro? Posso fechar um pouco a porta? Você gostaria de ficar só com familiar dentro da sala?” Temos que sinalizar certas coisas para ela ver que daria todo o espaço que ela quisesse. Você pode ficar no banheiro com a porta fechada, você pode entrar numa banheira com roupa, se você quiser e senão tiver confortável vou sair um pouco do quarto [...] na medida em que você mostra o olhar, um olhar sobre o corpo do outro tem que ter um respeito muito grande para que ela permita que você realmente entre no cenário do parto e nascimento.
P15 (E)

O residente torna-se um aliado da mulher para a vivência plena do trabalho de parto. Em alguns momentos ajudando-as e encorajando-as a seguir a diante

rompendo com as incertezas com brandura e temperança. Em outros, respeitando os sutis sinais que a mulher demonstra com o acolhimento de suas necessidades reveladas em um olhar ou em um pequeno gesto.

A postura do profissional permanece declarada pelos residentes como estratégia de enfrentamento à violência, associada a outros importantes delineamentos como a escuta atenta, o empoderamento e o compartilhamento de responsabilidades durante a construção do cuidado com a mulher. Assim,

Escutar a opinião da mulher! Obviamente vão ter situações que o bebê, por exemplo, está bradicardizando e precisamos iniciar uma medida corretiva, você vai explicar: “Fulana, vou ter que colocar um oxigênio em você”. Algumas mulheres não vão querer o oxigênio, mas você vai ter que falar, explicar os motivos. **P15 (GF1)**

Acolher a paciente, saber ouvir. Talvez a gente como profissional não saiba ouvir o que elas querem dizer para gente. Então pequenas coisas que elas querem, às vezes elas demonstram não só falando, mas por atitudes e a gente não consegue enxergar. Por exemplo, às vezes elas querem um toque, alguém perto, que você dê a mão, que escute. Certas atitudes pequenas que parecem ser atitudes bobas, são fundamentais para ela. **P6 (E)**

Às vezes, o que faço é me aliar a própria paciente! Converso com a paciente, sobre os riscos, os benefícios e escuto. Falo para ela que pode não concordar, que a gente pode esperar. Aí, quando um enfermeiro obstetra entra, a mulher fala: “Olha, mas eu não queria que fizesse isso agora!”. Então venho numa linha de conversa com a paciente de forma que ela se aproprie do corpo dela, e não permita que certas coisas [...] é mais fácil, mais sutil eu orientá-la de forma que ela diga não, do que criar uma situação inclusive de conflito. **P15 (E)**

Já teve várias vezes que falei: “Olha, se o fulano entrar aqui te perguntar tal coisa a gente vai combinar que você vai falar isso, entendeu? ou Olho, eu vou fazer um toque em você para eu poder conseguir convencer ele de que você precisa entrar (para a sala de parto) mas você não vai contar pra ele que eu fiz isso não, tá bom?” Eu já pactuei várias vezes com mulheres desse jeito. [...] a mulher diz “Eu quero que meu neném nasça na banheira.” É um preceptor que não gosto de acompanhar parto na banheira, então eu digo: “Olha, a gente vai entrar na banheira, e aí eu vou chamar ele, quando já não tiver jeito dele te tirar da banheira.” Porque era uma coisa que eu já sabia, não tinha problema e para o preceptor teria problema. Já teve mulher que falou: “eu não quero que tal enfermeira obstetra entre aqui, porque eu não gostei da forma que ela me tratou.” Eu digo: “Olha, quando ela entrar aqui você vai falar isso pra ela, eu vou tá aqui do seu lado, não precisa ficar com medo, ela não vai fazer nada de ruim com você por causa disso, mas a gente vai falar pra ela com um jeitinho! **P17 (E)**

Alguns aspectos manifestos nas discussões são estruturantes do cuidado em um modelo de compartilhamento de responsabilidades sendo identificados como: a escuta qualificada, as orientações acerca de riscos e benefícios, a realização de

combinados, as instruções acerca de comportamento em situações específicas da assistência.

Ao aliar-se a mulher, o residente ganha um cúmplice no enfrentamento dos desafios assistenciais. A mulher torna-se sujeito ativo do cuidado e da criação de estratégias para vencer as situações de desrespeito aos seus desejos e de possíveis violências. “A partir do momento em que o sentimento é coletivo e que se veem suas consequências, tanto sociais quanto políticas, para melhor ou para pior, é preciso saber integrá-lo no ato de conhecimento a fim de tornar este último mais eficaz” (MAFFESOLI, 2008, p.193).

É interessante observar que o movimento de resistência está posto nas atitudes delineadas nas falas como: orientar a mulher para que ela se posicione contrária a determinados procedimentos; pactuar alguns combinados que tentam enganar o outro para conquistar o que a mulher deseja, seja um parto na água ou postergar uma técnica; estar atento às coisas simples e pequenas, manifestas durante a relação de troca com a mulher.

Há uma intencionalidade dos residentes no empoderamento das mulheres como uma potência justa, interessada e intimamente implicada nos resultados que as diferentes formas de enfrentamento da má assistência possam produzir na atenção obstétrica recebida. “A experiência de seu vivido através do meu, que funda a compreensão de diferentes *mundos* constitutivos de um dado período” (MAFFESOLI, 2010a, p. 225).

Nessa dinâmica é revelada pelos entrevistados outra estratégia para promover o empoderamento da mulher, que repousa no compartilhamento do conhecimento existente sobre a VO com os diferentes sujeitos. No primeiro momento o residente revela a importância de se nomear para as mulheres as diferentes formas de VO existentes, como exposto nos seguintes trechos:

Divulgar essas violências mais marcadas como violências obstétricas e falar que não pode, não deve, é um absurdo [...] sair fazendo uma propaganda contra isso (a violência obstétrica) é muito importante. Às vezes, alguma propaganda no sentido falando: Kristeller é uma prática médica, episiotomia de rotina é violência. Não aceite! Tenha autonomia sob seu corpo e seu parto! **P12 (GF1)**

Mas existe a necessidade de um processo educacional. Que isso vai ajudar nessa desconstrução, para a mulher. Isso vai desconstruir o que ela acha que precisa, que isso é identificado como violência, mas que ela não identifica e nem por isso você tem que fazer. **P7 (E)**

Sinto mais motivada a fazer com que as mulheres, principalmente as que estão engravidando pela primeira vez tenham a visão de que esse tipo de conduta não tem mais razão de ser. Isso me motiva mais ainda. **P10 (E)**

As mulheres primeiramente necessitam saber o que é a VO, quais são suas verdadeiras facetas e com persistem no cotidiano da atenção obstétrica. O empoderamento por meio do conhecimento cria um escudo de defesa que auxiliará na desconstrução dos atos desnecessários e invisibilizados pelo desconhecimento comumente existente na sociedade. Desse modo, no contexto da saúde atual é nosso dever, enquanto profissionais de saúde, articular os saberes científicos com os saberes empíricos na busca pela construção de um cuidado integral, humanizado e resolutivo (CECCIM; FERLA, 2007).

O conhecimento tem o potencial de gerar consciência e fortalecer a mulher na busca por uma assistência digna e respeitosa. O residente se sente motivado a promover o encontro das mulheres com o verdadeiro entendimento das diferentes interfaces da VO e isso é manifesto com entusiasmo nos relatos de vários participantes,

Mas eu saí muito bem, porque eu consegui fazer alguma coisa pela aquela mulher. Quando eu falei assim: “Fulana de tal, se lembra de tudo o que a gente conversou que eu não queria que acontecesse com você? Está acontecendo”. A mulher se colocou no lugar que ela queria e começou a gritar que não queria que subisse na barriga dela, que não queria levar um corte. **P1 (GF1)**

Pelo menos com informação eu vou saber lutar por aquela mulher. Devemos orientar que ela tem esse direito. E até discutir que aquilo que não é necessário. Então, a gente também aprende como evitar [...] pelo menos saberei lutar, aquela mulher saberá. **P2 (GF1)**

Isso fortalece e dá poder às mulheres para subverter essa lógica que estão inseridas no machismo sistêmico e em uma sociedade que visa mais o lucro do que a assistência à saúde em si. **P12 (GF1)**

Então gira em torno da educação profissional, da qualidade da assistência e da educação das pessoas, das pacientes, de incentivar isso para a mulher, para que ela tenha consciência do que é isso (violência obstétrica), de quais são os seus direitos para que não sejam violados [...] você tem direito a isso e se for submetida a aquilo está sendo violentada [...] explicar o que não é feito e explicar também que é errado se fizerem com ela. **P2 (E)**

Quando a gente perguntava da história de partos anteriores, o quê que tinha sido feito, elas começaram a se questionar, “Uai, mas não foi assim comigo não. No meu parto aconteceu isso e isso. Cortaram-me, empurram minha barriga, essa manobra, fizeram em mim”. Então, e era muito interessante e ao mesmo tempo muito desafiador perceber que aquela mulher estava se enxergando na situação de violência, porque até então ela não se reconhecia. Depois elas foram reconhecendo aquilo como práticas impróprias. **P7 (E)**

É dar poder (referindo ao conhecimento) para elas inclusive que tenham poderes similares nesse momento de decisão. Porque o pouco de poder de decisão que a mulher tem já deixa o médico pensando, com o pé atrás. Esses que gostam dessas condutas confortáveis e desnecessárias ficam com pé atrás! Essa é a minha intenção que eles tenham poderes iguais de decisão de médico e paciente [...] sim me motiva para despertar que tenham mais informação, que busquem mais, que saibam mais sobre o parto, que tenham mais autonomia para decidir o que querem no parto, que tipo de profissional querem com elas. **P10 (E)**

Mostrar para as mulheres os direitos que elas têm. A enfermeira obstetra que eu quero ser não fica parada, ela vai atrás de levar o conhecimento, de buscar mais gente. **P17 (E)**

Sempre procuro estimular as mulheres a conhecer, a saber o que é bom para elas. Tanto no pré-natal ou em qualquer contato que eu tenho com mulheres gestantes. Para deixá-las cientes de tudo que pode acontecer?! Porque acho importante isso, para ela conseguir questionar o que está acontecendo. Eu admiro muito as mulheres que conseguem ter essa postura, que mesmo em situação de stress e de dor do trabalho de parto, conseguem manter isso [...] então, a questão do autoconhecimento, da informação de certa forma faz com que a mulher fique mais forte para se proteger contra algumas coisas que podem atacá-la. Por exemplo, essas situações de violência obstétrica, de violência como um todo. **P19 (E)**

Eu acho que a maior estratégia é fortalecer as mulheres, pra elas saberem que aquilo é uma violência obstétrica e abrir a mente nesse sentido. Assim, se isso acontecer elas poderão falar que está errado. Eu acho que a principal forma disso não acontecer é a mulher entender o que é, o que significa. Porque enquanto elas acharem que é uma coisa normal, isso vai continuar acontecendo como uma coisa normal, porque até quando elas sabem que é uma violência obstétrica. Mas, quanto mais elas souberam acredito que menos isso vai acontecer. **P20 (E)**

Porque eu acho que as mulheres que são mais instruídas elas acabam buscando mais por seus direitos, por pesquisarem, por saberem como que é, como que eu vou fazer para que o momento seja único e especial. **P21 (E)**

A mulher consciente de seus direitos e sabendo os significados da VO na assistência, torna-se a visão dos residentes, detentora de um potencial para não ser enganada por discursos ou atitudes que tentam persuadir e manter as condutas como são e estão. Ela irá questionar, apontar situações e até gritar contra qualquer atitude que identifique como desnecessária, violenta e mesmo prejudicial à sua saúde e integridade física.

É dar o poder para a luta a quem outrora desconhecia ou atribuía normalidade aos atos violentos. É reverter à lógica do poder pelo conhecimento que corriqueiramente está nas mãos dos profissionais da saúde que se utilizam dele para justificar e instituir suas atitudes.

Para Sadler e colaboradores (2016) devemos trabalhar no sentido de empoderar as mulheres, fornecendo-lhes informações e munindo-as de conhecimento que lhes permita tomar decisões fortalecidas nas informações recebidas. Segundo Maffesoli (2003b, p.94), “este é o verdadeiro humanismo: saber integrar em um vasto conjunto, todos os aspectos da natureza humana” cujo substrato é o *ser/estar com*, compartilhando o lugar com o outro em seu cotidiano.

O fortalecimento adquirido pela mulher pelo conhecimento, desenvolve outro escudo protetor que inibe os atos violentos: os profissionais passam a temer as mulheres que demonstram saber o que está sendo feito ou ao mesmo pretendido. Dessa maneira,

Esses dias tive uma experiência que ri depois, porque achei muito bonitinho. A paciente estava comigo no chuveiro, eu peguei o banquinho, porque ela disse: “eu acho que vai nascer”. Eu pedi para a mãe dela, falei: “Está vendo aquilo ali? É a bandeja, você busca para mim e põe aqui”. Eu fui abrir a bandeja separar as pinças, só que elas não sabem o que é. Eu estou separando as pinças, ela virou para mim e falou: “Pelo amor de Deus, não me corta. Não quero que me corta.” Eu falei assim: “Não, não vou te cortar de maneira alguma”. Porque ela achou que a pinça e tesoura eram a mesma coisa. Ela era uma primigesta, nunca tinha passado por isso, mas ela sabe por que ela ouviu. Ela sabe que é episiotomia. Ela estudou, sabe das intervenções. Então, eu acho muito importante. **P16 (GF2)**

As pacientes que são orientadas, são pacientes mal vistas! E essa ideia é nova, de que o paciente tem que dividir o cuidado, ele tem que participar das decisões. Na Medicina, sempre foi o médico que deu as ordens, não é? Mas, essa ideia que a responsabilidade é compartilhada, a decisão é compartilhada isso é novo em medicina. Dividir o poder! **P18 (GF2)**

Acho que a informação vai deixar os profissionais mais acoados ((risos)) em relação a cometer a violência. Se eles souberem que todas as mulheres estão sendo orientadas sobre o que é isso [...] aquelas gestantes que tem doula, plano de parto, acompanhante bem instruído, instrução no pré-natal ela vai ser menos sujeita a violência obstétrica mesmo. Porque ela tem um escudo de proteção dessas pessoas. Então, é como se fosse já uma defesa para ela. **P2 (E)**

Quando tem uma mulher com condição socioeconômica mais favorável, com um pré-natal adequado que teve orientação, que buscou orientação e está mais consciente ela é mais respeitada. As pessoas têm um pouco de medo de fazer ou falar algumas coisas. Então, tem diferença de tratamento sim. [...] Uma mulher que tem uma orientação maior, as pessoas fazem o toque com o tempo adequado. Agora, aquela pessoa que é do interior, que não tem orientação nenhuma, que deixa fazer o que for, o toque é feito várias vezes, várias pessoas tocam. **P9 (E)**

Eu falo: vou fazer o que for possível para formar uma mulher e fazer o médico dela passar vergonha. Porque será questionadora, porque irá perguntar: “Mas por que eu não posso ter um parto normal? Fulana falou pra mim que eu posso ter um parto normal? É isso que eu quero!” **P10 (E)**

Se elas conseguissem ter uma postura, conhecer o quê poderia ser diferente ou até mesmo questionar algumas coisas para entender o que está acontecendo, as pessoas teriam mais cautela. Porque, percebo que quando tem uma pessoa informada na sua frente, que sabe o que está falando, as coisas mudam. Em muitos profissionais a postura muda, a maneira como conversa, como explica as coisas. Porque você está falando com uma pessoa que pode te questionar a qualquer momento sobre as suas condutas e você sente, de certa forma, desafiado a fazer o seu melhor. **P19 (E)**

A partir do momento que as mulheres começarem chegar aos hospitais pedindo, cobrando por coisas que elas querem, sendo impositivas, empoderadas tendo certeza de que as pessoas que trabalham nesses ambientes vão ter que se adequar [...] as pessoas que estão nos hospitais começarão a mudar a sua prática com vista no que as mulheres pedirão. **P21 (E)**

O profissional da saúde passa a temer a mulher que questiona, que tem postura, que cobra por seus direitos, que sabe o que diz, que têm consciência de todo o processo que seu corpo está passando. Ele tem mais cautela e respeito em suas ações, se vê implicado a compartilhar as decisões e informar a mulher de possíveis procedimentos ou atitudes a serem tomadas.

Para alguns residentes, as pacientes “empoderadas” são “mal vistas” pela equipe assistencial que se vê desafiada por esse movimento de reação impulsionado pelas mulheres outrora passivamente violentadas. Assim, mudam-se as atitudes, a forma de orientar e conversar com a mulher.

Há uma sinalização de possíveis momentos em que a informação deve alcançar a mulher para que haja o seu fortalecimento. Um dos momentos vislumbrados é durante as consultas de pré-natal.

Hoje vejo que para mostrar a mulher esse conhecimento é muito importante que ela já chegue sabendo do seu direito. Isso é muito importante elas saberem antes. No pré-natal a gente pode prevenir essas violências falando para ela terem esse conhecimento. **P2 (GF1)**

Hoje é primordial a paciente ter o pré-natal bem conduzido. Ela tendo um pré-natal bem conduzido, ela vem informada. Ela vem com plano de parto, ela sabe, ela estuda. **P18 (GF2)**

É durante o pré-natal. Você teria o período do pré-natal para dar tempo de ela construir um novo conceito, um novo conhecimento. Então, elas terão que desconstruir que não precisa empurrar a barriga, que não precisa cortar. Tem que ser antes. Aqui, na maternidade, talvez fosse um fator protetor para que os profissionais não façam isso! **P2 (E)**

Um pouco disso vem do pré-natal. Se ela tivesse mais informação antes de chegar aqui! A gente explica que é ruim, mas se ela tivesse essas informações antes de chegar aqui, elas entenderiam melhor o cuidado que estão recebendo. **P18 (E)**

Por exemplo, sobre parto oriento no pré-natal, as mulheres assistem vídeos de parto, lerem relatos para elas entenderem como é o trabalho de parto [...] enquanto pré-natalista devemos conversar com a mulher e incentivá-las a conhecer sobre o trabalho de parto, a conhecer o seu corpo, a entender sobre a gestação. **P20 (E)**

Outro momento elencado pelos residentes como importante para que as orientações ocorram é durante a assistência ao trabalho de parto e nascimento.

Quando estou no pré-parto oriento as mulheres sobre os seus direitos. Oriento também durante o trabalho de parto e em algumas situações eu já explico: "Oh não corta, não empurra a barriga." **P2 (E)**

A primeira coisa que eu faço quando percebo que a condução vai desencadear para uma violência, é conversar com a mulher e com o acompanhante para eles, dependendo do que for, não deixarem fazer. É até errado, não sei se é errado, mas falo: "Olha não deixei fazer. Não deixe!" **P9 (E)**

Algumas vezes digo para elas que aquilo não foi correto, que foi violento. Às vezes, faço isso no meio, na hora que a coisa está acontecendo. Isso de mandar fazer força, se uma doula, uma enfermeira obstetra, um médico faz isso, chego para mulher e falo: "Olha você faz força quando você quiser, do jeito que você quiser." **P10 (E)**

Esclareço durante o trabalho de parto para a mulher o que está sendo conversado e o que está acontecendo. Mas quando está diretamente comigo não consigo fazer as duas coisas ao mesmo tempo. Então quando esse profissional sai de cena é que consigo explicar o que tá acontecendo. Na maioria dos momentos fico sentindo estranha, sentindo um vácuo no cenário e que a mulher não está entendendo aquilo. **P19 (E)**

É reconhecido o espaço do pré-natal como um momento de relevância para as orientações à gestante e a concepção de novos conceitos acerca do cuidado que receberão durante o trabalho de parto e o parto. O pré-natalista teria a responsabilidade de informar e incentivar a mulher na busca pelo conhecimento da fisiologia do parto, do reconhecimento do seu corpo e de todo o processo parturitivo.

Dessa forma, mais consciente do que irá acontecer a parturiente poderá identificar situações que são desnecessárias como empurrar a barriga, mandar fazer força, ser cortada e reivindicar pela não realização das mesmas. O cenário de orientação também pode se consolidar durante a assistência ao parto, para alguns residentes até simultaneamente quando surgem os atos de violência.

Assim, as estratégias de educação em saúde devem integrar o escopo das atividades realizadas com caráter essencial durante a assistência pré-natal, não devendo ser tratado como uma ação secundária (DINIZ *et al.*, 2015). A instrução constante da parturiente e de seu acompanhante pode impulsioná-los na recusa da

realização de determinados procedimentos e o posicionamento direto do agredido frente ao seu agressor.

5.5.2 Residentes resistentes no anteparo à violência obstétrica

A organização das estratégias para o enfrentamento da VO perpassa pela consolidação do residente como um anteparo aos atos de violência, seja na elaboração de posturas mais firmes frente aos preceptores e demais profissionais da equipe, às tentativas de melhorar as ações associadas ao ensino como utilizando o artifício de escolher os preceptores com mais afinidades para compartilharem o cuidado atribuído à mulher.

O apoio nos colegas residentes se revela como uma alternativa imediata e segura para compartilhar experiências e planejamento de alternativas para o embate das questões de violência ou mesmo algo que ocorra na rotina da residência. Dessa maneira,

Eu vejo com minhas amigas mais próximas aqui da residência que estratégias a gente constrói diante das situações que a gente vivencia. A gente vai criando maneiras de se proteger e o que fazer para evitar a violência. Mas é muito importante também a construção do conhecimento coletivo. **P1 (E)**

Sinto que eu tenho mais voz, sinto que minha voz pode ser ouvida em alguns espaços que consigo unir pessoas em prol de um movimento, de uma causa que eu acredite. Porque têm outras pessoas que pensam da mesma forma [...] a gente tenta conversar e se fortalecer com os pares. Porque dentro dos plantões você ter esse discernimento, esse insight, esse feeling é muito difícil por questões individuais. Têm pessoas mais tímidas, outras que conseguem falar e se colocar. Então esse é um processo de amadurecimento dentro da residência, na verdade acho que nem de amadurecimento, de enfrentamento, do que a gente encontra enquanto residente. **P7 (E)**

A maior parte das vezes são meus colegas de residência que procuro quando tem uma situação muito específica. Às vezes, tomo outras pessoas como apoio no meio do plantão, enfermeiros que eu gosto que pessoalmente sejam meus amigos e converso com eles sobre o assunto. **P10 (E)**

Busco ajuda nos meus amigos que eu sei que estão passando por isso. Se não estão passando naquele dia, eles já passaram. Você não precisa falar nada, só dizer no corredor me dá um abraço! (emoção) [...] sinto muito isso com os meus R2, que eles sabem o que a gente passa porque eles também viveram isso. **P16 (E)**

O tecer de uma rede solidária permanece firmado em algumas características, a similaridade dos eventos que ocorrem com diferentes residentes e com isso a

proximidade no entendimento e nos sentimentos que as questões vivenciadas despertam nos sujeitos envolvidos. “Cada indivíduo, com maior ou menor hesitação e cautela, apoiam-se em sua existência própria para, com a ajuda dos outros, conhecer o que estão vivendo” (MAFFESOLI, 2010a, p. 59).

A cumplicidade em reconhecer num olhar o que o colega está experienciando, de poder acolher em um abraço, num momento de escuta os que estão nessa caminhada sejam os mais tímidos aos mais expansivos como um dos principais meios de oferecer o amparo que demandam em meio a um plantão.

No olhar de Maffesoli (2014; 2005) emerge o conceito da época das tribos, onde os sujeitos se organizam na alteridade, buscando conexões de afetividade e interesse comum que os une com o outro. Nesse contexto, os espaços conflituosos e de adversidade permitem a transformação social num movimento constante que se afirma e reafirma no cotidiano.

Por fim, a possibilidade de construir uma rede de proteção contra os atos de violência pela união de vozes que pensam e agem de maneira homóloga, compartilhando as experiências dos atos de resistência que são necessários para viver e superar as situações adversas. Assim,

A estratégia que nós utilizamos é conversar um com o outro, trocar essas experiências. Porque a gente vê que não é somente conosco, é com todo mundo. **P11 (GF1)**

Normalmente, eu gosto de compartilhar com alguém que seja externo, que entenda a situação, ou até mesmo com os colegas da residência. Porque eles vivenciam muito as coisas semelhantes, a gente consegue ter um apoio psicológico, de saber que não estou sozinho. **P9 (E)**

Na residência a gente tem muitos momentos de partilha. Nesses momentos eu sempre tento trazer o jeito de falar, o que eu acho adequado. Teve inclusive vários colegas que falam: “Olha, depois daquele dia que você me contou o que você fez eu fiquei pensando e agora eu fiz e deu certo mesmo”. Já consegui ver que alguma coisa mudou em algumas pessoas. **P17 (E)**

Eu compartilho essas coisas com as minhas amigas mais próximas, acho que na troca de experiência a gente acaba se fortalecendo. Pessoas que já passaram por situações semelhantes ensinam como lidaram com elas e como não fazer coisas semelhantes. **P20 (E)**

Há nesse processo de compartilhamento de vivências uma transformação das situações por meio da experiência que o outro colega constituiu, em outros encontros, mas com as mesmas adversidades.

Saber como o outro comportou, o que ele fez nessas situações, ensinam aos residentes alternativas para também resistir, multiplicando as possibilidades de enfrentamento num processo de amadurecimento e fortalecimento pessoal e profissional que irá refletir diretamente na assistência que é oferecida a mulher.

Trata-se do amparo necessário para resistir aos atos de VO, fortalecendo nas potências individuais e na troca de experiências entre os sujeitos. Uma emoção ou uma sensibilidade vivida em comum consolidam e unem as relações com uma viscosidade que traduz o estar-junto comunitário (MAFFESOLI, 2014; MAFFESOLI, 2001b) reafirmando que a vida cotidiana se constitui na troca de sentimentos, percepções e sensações que fundam e dão sentido para o viver (MAFFESOLI, 2014) e para os encontros.

Para os autores Silva, Guareschi e Wendt (2010, p. 442) tecendo uma leitura da obra de Maffesoli o parágrafo anterior remete ao conceito de formação grupal que na concepção proposta pela pós-modernidade corresponde a “um movimento das massas que não se funda na lógica da identidade, mas na lógica da emocionalidade, das experiências e dos sentimentos compartilhados”.

Com tal característica, passamos a compreender algumas posturas desenvolvidas pelos residentes e enunciadas nas entrevistas que expressam formas de contrapor a violência no cenário obstétrico. A começar pela consolidação de uma postura mais firme diante dos fatos cotidianos, nas relações existentes durante a assistência que envolva a ocorrência ou a possibilidade de se ter situações violentas. Como assim manifesto,

Aí nessa situação (de violência obstétrica) fiz o movimento de me firmar. Firma o toco e vai, foi desse jeito. **P7 (E)**

Porque imponho um pouco a minha presença naquele momento, sabe? Acho que isso talvez possa contribuir porque inclusive essa personalidade forte, ela afasta um pouco essas pessoas. Eu não quero ficar com aquela residente, aquela residente é difícil, entendeu? Isso é ótimo para mim! **P17 (E)**

Porque agora acho que a gente já tem maior liberdade para tomar as condutas que a gente acha correto. Mesmo discordando do preceptor! Então, agora a gente tem mais autonomia, eu fico orgulhosa de mim, porque antes nãoalaria nada [...] acho que hoje sou mais forte para conseguir proteger as mulheres. No início eu não sentia preparada para enfrentar o meu preceptor na busca de proteger a minha paciente. Não conseguia fazer nada. Então, muitas vezes, eu sei que fiz coisas que não concordava. Hoje, eu bateria de frente, hoje eu bateria de frente. **P21 (E)**

O posicionamento consistente e a autonomia do residente são reflexos do processo de amadurecimento dos sujeitos e que associado às condutas adequadas na assistência acarretam o enfrentamento da violência que distancia a mulher de preceptores, profissionais e condutas inadequadas em sua assistência. “Não é mais decretado o que *devem ser* a sociedade e o indivíduo que se consegue entende-los ou conhecer, em realidade, suas transformações” (MAFFESOLI, 2005, p. 17).

Maffesoli (2001b) ressalta em suas obras que não existem verdades absolutas e que é necessário atingir e fragmentar em verdades parciais para que possamos avançar em sociedade e constituir um coletivo que se solidariza em diferentes situações. Assim, o processo de amadurecimento faz com que o residente rompa com as verdades consolidadas e com as constituições do poder que o preceptor detinha sobre ele, transfigurando ideologias e fortalecendo os sujeitos no enfrentamento das questões diversificadas impostas pelo cotidiano assistencial.

O intenso e progressivo processo de amadurecimento reverte à passividade que cerceava a voz do residente. O movimento que emerge provoca o não se manter mais calado frente às situações que discordam, como revelado:

Já me deparei com situações de presenciar claramente atos de violência obstétrica e fiquei completamente omissa, sem fazer nada. Agora não vou ficar calada, eu vou falar. Fui taxada como a residente que estava surtando dentro da sala de parto e me tiraram da sala de parto. **P1 (GF1)**

Você se torna petulante, você se torna arrogante, você se torna nariz para cima. Mas eu prefiro fazer isso a deixar que uma pessoa a mande fazer força na hora errada ou desnecessariamente continue fazendo o que está fazendo [...] se eu sou a petulante porque digo as coisas, acho ótimo! Ficar quieta para mim é ruim, é aceitar que tudo isso está certo e não está. Então, se o rótulo é que eu sou implicante, ótimo, sou mesmo [...] ainda prefiro essa situação de enfrentamento a de anulação. Quando eu posso fazer prefiro responder a ficar quieta. **P10 (E)**

Não consegui, não conseguir manter calado ((risos)) [...] não quero, não vou fechar os olhos para isso! Se quiser ser enfermeiro obstétrico vou ter que mudar esse cenário. **P15 (E)**

Acho que a gente amadurece numa velocidade muito rápida, de um mês para o outro você já faria alguma coisa diferente. Então, se fosse hoje teria posicionado diferente, falado, conversado com aquela mulher que isso não é normal, que não precisaria ser feito e mostrar, para ela, que poderia contar comigo! Na época não fiz isso, fiquei somente assustada. Mas, hoje faria diferente! **P20 (E)**

O comportamento do residente pode ser interpretado de maneira ruim pelos envolvidos, atribuído status de arrogância, petulância pelos personagens que antes

detinham o domínio da situação, que ordenam como as coisas iriam acontecer e aos pequenos atos de resistência perdem o controle.

Por sua vez, o residente passa a não temer as retaliações, as consequências que poderão surgir, ele sente-se fortalecido inclusive para vivenciar o que vier a acontecer, sabendo que seu objetivo maior é a proteção da mulher e a construção da assistência de qualidade.

Para Maffesoli (2014, p. 94) “mesmo nas condições mais difíceis, é possível, contra, ou à margem daqueles que são responsáveis por elas, reapropriar-se de sua existência e tentar de maneira relativa usufruir dela”.

Desse modo, o residente corroborado em suas concepções, começa a recusar-se a executar determinados procedimentos que consideram violentos ou desnecessários para a evolução propícia do nascimento.

Hoje tento fazer duas coisas diferentes: uma é ser mais impositiva na minha forma de falar: “Olha, eu sei o que ela precisa” ou então “Não vou fazer isso.” E a segunda forma é ser muito clara: “Não vou fazer! Ah, mas por quê? Você tem que me obedecer!” eu falei, “Você pode ir lá, pode fazer, não vou fazer, porque está ferindo o meu código de conduta profissional, moral.” O que entendo como violência, como imprudência, como ética. Sei que posso negar a fazer isso porque estou respaldada, então, não vou fazer. **P7 (E)**

Em situações eu já me recusei a fazer certos procedimentos que não achava que eram corretos. Daí eu dizia: “Se você quiser fazer fique à vontade, mas não vou fazer”. Aí ele (o preceptor) fazia e me dizia do porquê que ele estava fazendo. **P10 (E)**

Eu falei: “Olha, eu não vou botar a mão, se você quiser, se você acha que tem que conduzir, você que vai romper, você pode colocar o dedo (falando sobre o procedimento de estímulo de períneo) eu não vou colocar. **P16 (E)**

Olha, graças a Deus, não sei se isso é um defeito ou uma qualidade, tenho personalidade forte. Sou uma pessoa que não me permito fazer o que não concordo. Ninguém nunca me obrigou a ser violenta, nunca precisei ser violenta com nenhuma mulher, em nenhum quesito nem físico, nem psicológico porque alguém falou que deveria fazer isso. [...] Já vi preceptor entrar no quarto para aumentar ocitocina porque eu não queria aumentar. Eu fechava o acesso da mulher, porque sabia que ele só entraria lá e olharia para a bomba (de infusão). Ele não está vendo que o acesso está fechado! Sabia que a mulher tinha um padrão de contração que não precisava de tanta ocitocina. Não precisava de um nascimento acelerado. O plantão estava tranquilo e não precisava de vaga na sala de parto. Várias vezes já fechei three way de pacientes com doses excessivas de ocitocina por não concordar. **P17 (E)**

Tem preceptor que manda você fazer de determinado jeito, depois que ele sai você pode fazer de outro jeito, do jeito que você acha certo. **P18 (E)**

Isso acontece várias vezes, você tocou e não rompeu a bolsa? Sim, toquei e não rompi a bolsa. Mas, têm que romper a bolsa, então vai lá e toca a mulher rompe você à bolsa, eu não vou fazer! Então, eu percebo que

quando eu tenho esse tipo de atitude, eles acabam recuando! Acabo conseguindo proteger a mulher, mas isso eu só consigo fazer agora, porque antes eu não conseguia. **P21 (E)**

A não execução dos procedimentos avaliados pelo residente como inapropriados para o momento do trabalho de parto ou mesmo considerado VO configura-se como um estratégico passo nos enfrentamentos quotidianos. A postura firme e fortalecida que outrora fora constituída é vislumbrada nesse instante em que ele se reconhece como sujeito da ação com a capacidade de não executar, não obedecer ao que avalia ser impróprio para aquele momento.

Desmorona-se a configuração anteriormente existente que o residente tinha que cumprir ordens e executar os atos por ser aprendiz. Há um reconhecimento que no lugar de aprendiz existe a possibilidade da resistência, de poder enfrentar o que considera desnecessário, rompendo com o ciclo da violência como sujeito violentador e violentado.

Há no entendimento de Maffesoli (2001a, 2014) um ato revolucionário movido por uma pulsão de esperança ou do irreprimível desejo coletivo de romper com o que está consolidado e avançar frente à pluralidade de possibilidade. Essa pluralidade move as ações nos residentes que criam suas estratégias para confrontar os atos de VO subvertendo a ordem pré-estabelecida.

É o que o autor denomina como força ou potência que se constitui nos modos de ser, viver e resistir em sociedade trazendo à tona de todos os processos existenciais em sociedade. Assim, “a vida social está repleta dessas situações anêmicas que se empenham, em primeiro lugar, por romper as algemas de uma organização pensada *a priori*” (MAFFESOLI, 2008b, p.32).

Percebemos também que a negativa em realizar determinados procedimentos não se encontra infundada, há uma tentativa de diálogo entre residente e preceptor no sentido de refletirem sobre o que deve ou não ser realizado. Porém, quando não há espaço para a reflexão a postura do residente se transforma em um ato de rebeldia fechando um “three way”, negando-se a realizar o toque vaginal ou estímulo de períneo, opondo-se a aumentar o volume de infusão da ocitocina, fazendo determinado procedimento de outro jeito, após a saída do preceptor da cena.

Outros residentes utilizam da mentira como uma forma de contrapor-se ao que consideram inaceitável para a assistência, como manifesto nas falas abaixo:

Já cheguei a mentir o exame de toque porque a pessoa queria romper a bolsa da paciente. Já menti toque, já falei não fica tranquila, eu rompi bolsa lá no quarto tal e não rompia a bolsa esperava mais tempo. [...] Você mente, usa eufemismos, usa outros caminhos para que a mulher tenha uma experiência boa. **P10 (E)**

Agora quando a pessoa, ela fica lá inserida na cena que é mais difícil da gente traçar estratégias pra proteger essa mulher. Várias vezes, eu toquei era 10 eu falo que é 7, porque a mulher quer analgesia para conseguir fazer, então são estratégias que eu encontro para driblar [...] Já teve situação de esconder acompanhante no banheiro porque o preceptor não queria dois acompanhantes e para a mulher era fundamental. Falava: “vou deixar você ficar aqui, mas na hora que você ver que ela (a preceptora) vai entrar você esconde lá dentro do banheiro.” (risos) É ótimo fazer isso, porque a gente cria confiança com a mulher, à gente cria confiança com a família, percebem que estamos a protegendo. **P17 (E)**

Quando não há a possibilidade de utilizar-se das estratégias anteriormente citadas, o residente adota o artifício de permanecer ao lado da mulher em tempo integral, na linha de frente dos confrontos das situações de violência, buscando protegê-la desses momentos. Desse modo,

Então, prefiro ficar com o preceptor difícil para tentar garantir um mínimo de qualidade da assistência para aquela mulher. Porque sei que não é ele que vai entrar no quarto, que não é ele que vai prestar assistência direta para mulher, que vai ser eu, entendeu? Então, aí eu tento, é, digamos proteger a mulher desse profissional [...] prefiro ficar passando por uma situação, de ouvir alguma coisa desagradável, um comentário desagradável do que ser a mulher a ouvir. Porque eu já entendo e já me fortaleci para sair dessas situações. Isso não me atinge, mas talvez para a mulher seja uma situação muito negativa, ruim e não sei como ela lidaria com isso. **P1 (E)**

Uso ((risos)) a estratégia de ficar com a mulher o tempo todo para protegê-la, ser uma proteção para ela. E só chamar o preceptor na hora que está nascendo mesmo! Tento fazer parte desse escudo de estar com ela. **P2 (E)**

Então, penso, vou ficar com a mulher, apesar de ser difícil vivenciar isso, mas em nome dela, para ela não ficar sozinha, para ela ter uma referência ao qual já tem vínculo, para depois que acontecer todo o processo pode conversar, saber o que ela assimilou, o que ela achou daquilo. **P9 (E)**

Respiro fundo, fecho o olho e vou. Quando eu vejo que não tem mais saída, respiro fundo e peço a Deus força e vou. Que tudo dê certo e tento não envolver aquela paciente em outras situações [...] a gente suga aquilo para não passar para a paciente. A paciente não tem nada a ver! Você sai, respira fundo e entra no quarto! Finge que nada aconteceu! **P16 (E)**

Olha, a gente tenta driblar de várias formas! Já teve situação de estar acompanhando um preceptor que ficava fazendo estímulo perineal, encontrei uma estratégia de oferecer para a mulher um banquinho que eu me sentasse de frente para ela e esse preceptor não conseguisse fazer mais isso! Então, às vezes a gente dribla [...] a gente passa a ser o alvo da

violência dele (o preceptor). Mas para mim não tem problema, topo encarar isso pela mulher! Entendeu? Assim, a gente topa, a gente arrisca ganhar um xingo em prol da mulher [...] eles (os preceptores) podem brigar que estou bem, ganhei meu dia, porque eu consegui deixar a mulher satisfeita, feliz, protegi de alguma forma daquilo que achava que não era adequado, que o outro estava querendo oferecer. [...] Então se vi que é uma violência, que não concordo prefiro me retirar daquela cena de atuação, vou para o lado da mulher e assumo outro papel. Mas prefiro não colaborar com essa cena de violência. **P17 (E)**

Ao permanecer ao lado da mulher com sua postura firme durante todo o trabalho de parto e parto o residente se transforma no principal anteparo aos possíveis atos a serem praticados. Mesmo que nesse momento possa haver a transferência da violência para o próprio residente com um xingamento, uma discussão, da escuta de algo desagradável ou mesmo o “sugar” a situação ruim para que não atinja a mulher. No documento da WHO (2018) há um reconhecimento do suporte contínuo como a principal estratégia para o manejo da gravidez e parto saudável numa vivência positiva do nascimento.

Criam-se alternativas para driblar os acontecimentos, como o enunciado por um dos participantes, ao posicionar a mulher de uma forma que o preceptor não teria acesso ao seu períneo para estimulá-lo. Na fala da entrevista aflora um sentimento de profunda satisfação por ter conseguido reverter à cena em prol da mulher e protegê-la.

Nesse momento, surge o que Maffesoli afirma como a massa constituída por nós e pelas proximidades permitidas quando transcendemos e nos ligamos ao sentimento de pertencimento ao grupo adquirindo valores, singularidade e significados próprios daquele coletivo (MAFFESOLI, 2014). O sociólogo traz uma noção denominada de *tribalismo* onde existe um envolvimento orgânico dos sujeitos uns com os outros, no *ser-estar-junto* sem finalidade expressas ou interesse almejados.

Nessa dinâmica de procurar blindar a mulher da violência os residentes, na impossibilidade de permanecer ao lado dela, buscam transferir os cuidados para outros colegas vislumbrando a permanência da assistência na mesma perspectiva de pensamento e ação que consideram adequados. Assim,

Toda vez que estou acompanhando um trabalho de parto, eu sempre penso quem vai chegar ao próximo plantão e que já vou passar a paciente correndo para fulano porque sei que a assistência vai ser adequada. Ele já faz o arranjo para blindar a paciente de sofrer violência. Então, a gente consegue fazer coisas pontuais que mudam a vivência da mulher de um modo singular. **P9 (GF1)**

Por exemplo, que tento blindar de alguma forma essas mulheres que estou acompanhando tem alguma violência. Se estiver saindo do plantão e já sei quem vai chegar já direciono imediatamente a paciente para aquela pessoa. Porque eu sei que aquela vai ter uma postura que acho ser adequada para acompanhar a mulher. É uma das estratégias que eu faço. [...] Normalmente, a gente já comunica com o residente e dependendo da equipe de enfermagem obstétrica que está de plantão falo: “- Oh, Fulano, acho que você podia acompanhar Fulana de Tal.” São as pessoas que a gente tem mais afinidade, que a gente sabe que a assistência é melhor. [...] Então, normalmente falo: "Nossa, não, Fulano de Tal não vai ter tolerância com a paciente, entra lá, fica com ela para evitar que aconteçam outras coisas!" A gente passando o plantão para o Fulano de Tal para minimizar o máximo de problemas. **P9 (E)**

O residente ao delegar o cuidado para outro colega busca a continuidade de sua assistência tendo como parâmetro a proximidade das ações que serão realizadas sustentadas na humanização, no respeito e na fisiologia dos processos reprodutivos. “O laço social torna-se emocional. Assim, elabora-se um modo de ser (ethos) onde o que é experimentado com o outro será primordial” (MAFFESOLI, 2010c, p. 11).

Findadas as alternativas em que o residente é o principal meio para o enfrentamento, permanecem reconhecidos outros veículos para a elaboração e permanência da resistência às práticas de violência. Foram identificados nos discursos diferentes dispositivos de controle social que agregam forças e endossam as ações contrárias a VO. Sendo identificado o ativismo social em prol da causa

Acho que é uma luta tem que se expandir, não tem que ficar só no meio. Lógico que o ativismo aqui, em (nome da cidade) é muito bom, muito grande. Mas, tem que chegar a outros lugares também. A gente tem que levar isso, principalmente, para rede pública, para o hospital, para o pré-natal e a mulher ter consciência disso. **P2 (E)**

Então, eu gostaria muito de trabalhar no pré-natal, porque eu vejo que muitas coisas bacanas aqui em (nome da cidade) ou em Minas. Vejo falas de outras pessoas que muitas coisas mudaram pelo movimento das mulheres, pela questão do pré-natal, das mulheres terem um acesso diferenciado as informações. **P21 (E)**

No que tange as ações a serem construídas na coletividade e que envolvem o reconhecimento do que existe na instituição onde a pesquisa se desenvolveu, os residentes identificaram a reunião de puérperas e o serviço de ouvidoria como importantes aliados no enfrentamento da violência.

Normalmente, a gente consegue perceber muito das práticas violentas no seu relato na reunião de puérperas. Ali uma relata e as outras têm coragem

de falar também. Então, é mais fácil elas conseguem assimilar, pensar melhor, já estão mais descansada e estão em outro ambiente. **P9 (E)**

A reunião (de puérperas) participam, uma psicóloga, e uma enfermeira obstetra, ou às vezes o residente. A psicóloga sempre introduz falando que vai ser uma reunião para compartilhar experiência, que a mulher pode descrever a experiência sem medo de ser recriminada, que é para descrever seus sentimentos frente às experiências que ela teve. Quando é uma experiência ruim, a gente sempre tenta fazer uma abordagem com essa mulher depois. Uma experiência ruim sempre manifesta alvoroços na roda, sempre manifestam outras experiências, relatos de uma vizinha que sempre causam mais impacto do que as experiências boas. [...] pode se tornar um espaço para o enfrentamento da violência, inclusive empoderamento, reconhecimento a respeito da assistência. Porque às vezes a gente tem uma mulher que chegou e falou que a experiência dela foi boa, a do lado tem uma experiência ruim, ela começa a ver que na experiência dela não enxergou as mesmas coisas das que tiveram experiência ruim. Então é aquele momento que podendo trazer isso para a mulher. **P17 (E)**

Uma caixinha de surpresas! Nunca sabemos que vai vir na reunião, então quando a gente fala pra mulher falar da experiência, independente da experiência que seja, a gente tá expondo serviço ao ouvir qualquer coisa que a mulher tenha percebido na sua assistência que queira falar. Então até o profissional que participa dessa reunião tem que ser um profissional que vai enxergar realmente a visão daquela mulher teve não foi adequado. **P17 (E)**

Quanto ao serviço de ouvidoria é manifesto que:

A única coisa que eu disse para ela: “Olha se tem alguma coisa que aconteceu com você, que você não gostou, tem lugar que você pode procurar (referindo ao serviço de ouvidoria) para poder relatar o que aconteceu com você!” [...] “Olha, se você não está satisfeita, tem que reclamar mesmo. Reclama mesmo”. Porque acho que é o único jeito de tentar mudar! Para ela não iria mudar mais, mas para outras pessoas? **P8 (GF1)**

Você pode buscar os seus direitos, procurar uma Ouvidoria na situação que elas sentirem desrespeitadas. Uma orientação na entrada do paciente do hospital para que ela tenha consciência do que está envolvida e a quem recorrer. **P2 (E)**

A ouvidoria é o lugar que vai conseguir fazer com que as pessoas responsáveis pelos setores, coordenações, direção fiquem sabendo que essas coisas acontecem [...] É uma estratégia. É o jeito que vamos conseguir mudar a assistência. Porque enquanto a gente tiver mulheres que estão submissas, que não tem voz pra expressar o que querem e o que não querem, fica difícil. **P21 (E)**

A reunião de puérperas é um espaço de escuta idealizado na instituição que envolve a participação de profissionais da assistência, geralmente, uma enfermeira obstétrica, uma psicóloga ou assistente social, um residente da enfermagem

obstétrica, além de um representante da ACAU que geralmente é a ouvidora de plantão.

Nesse espaço, no modelo roda de conversa em que as puérperas e seus acompanhantes têm a oportunidade de expressar suas impressões sobre a assistência além de manifestarem os pontos positivos e negativos vivenciados durante a internação. Há uma interação com os profissionais presentes na roda com a possibilidade de esclarecerem alguns pontos que tenham ficado duvidosos ou polêmicos em relação à assistência e nesse momento emergem relatos que podem passar pela VO.

O serviço de ouvidoria da instituição segue as diretrizes do controle social orientadas pelo SUS, como um dos dispositivos para uma comunicação efetiva entre os usuários do sistema, comunidade e gestão. O profissional que exerce a atividade de ouvidoria no HSF está vinculado a ACAU e permanece no plantão diurno, à disposição das mulheres e acompanhantes que desejem relatar suas experiências seja favorável ou não. Nos desfechos ruins a ouvidora busca relatar as coordenações para que outras medidas sejam adotadas.

Os dispositivos de mobilização do coletivo na perspectiva de Maffesoli (2008b, p. 22) podem ser identificados como “os sonhos individuais e coletivos são feitos de alegrias e dores. Esses sonhos transbordam cada vez mais da vida privada e ocupam, em massa, a praça pública” possibilitando dar voz aqueles que a tiveram por décadas cerceadas.

“Assim, como a morte é necessária à vida, dando-lhe sentido e especificidade, o político é uma instância que, na sua acepção mais forte, determina a vida social, ou seja, limita-a, constrange-a e permite-lhe existir” (MAFFESOLI, 2005, p. 23).

Em relação algumas ações com implicações diretas com o ensino, os residentes centram seus esforços em uma figura do preceptor que faz parte do seu cotidiano e das relações profissionais.

Na categoria anterior apresentamos alguns conflitos existentes que perpassam pelas questões da violência na assistência e nas relações residente e preceptor. Neste instante, identificaremos quais as alternativas utilizadas pelos residentes para superarem os desafios, proteger as mulheres e melhorar as relações de ensino na residência.

A primeira alternativa mencionada é a tentativa de fugir dos preceptores inadequados durante o plantão.

Durante o plantão lá dentro fico correndo dos preceptores os quais eu julgo que não vão me ensinar, que não vão me acrescentar nada. [...] Me afasto desse profissional porque não quero aprender com ele. Eu acho que é uma pessoa que, talvez, não daria conta. **P1 (GF1)**

São algumas estratégias que eu tento utilizar não estar na presença daquele preceptor, daquele profissional que sei que não vai enxergar o que enxergo, que entendo como violência, como cuidado. **P7 (E)**

Tento fugir delas (as preceptoras). É uma coisa que a gente sempre tenta, os residentes fazem muito isso, sabe-se da escala da semana, quem é que está no plantão desse dia? Tal, tal, tal pessoa! Vixi o fulano! Vou chegar mais cedo porque pego outro preceptor que eu gosto! **P6 (E)**

Tento fugir mesmo. Eu falo: "Vou beber uma água" (risos) vai chegar outro residente e ele vai pegar o outro residente. Já fiz bastante isso. Mas também vejo a escala antes e falar: "Olha só, pelo amor de Deus, me ajuda, não consigo ficar nesse setor com fulano." **P16 (E)**

Numa discussão de caso com médicos, se ele é mais intervencionista a gente acaba discutindo o caso com outra pessoa. Tem mulheres que buscam a nossa realidade porque não desejam serem tocadas, querem que o seu parto aconteça naturalmente. **P19 (E)**

Eu evito ficar com essas pessoas. Então eu já venho preparada espiritualmente pra esse plantão, que é muito difícil. Já evito ter que entrar em algum atrito com essa pessoa. **P21 (E)**

Os preceptores que são reconhecidos por suas condutas inadequadas, intervencionistas ou violentas são evitados pelos residentes. Eles procuram eleger quem são essas figuras que precisam ser evitadas analisando a escala dos plantões, procurando evitar o encontro nos cenários de prática clínica.

Outra possibilidade elencada pelos residentes é aliar-se aos preceptores pelos quais possuem afinidades de pensamento ou condutas, conforme expresso nas falas:

Fico atrás de outros: "Olha eu podia ficar com você hoje!", porque a hierarquia fala muito alto no processo de ensino aprendizagem. **P1 (GF1)**

Se ouvir uma conduta que não concordo, discuto com outro profissional que sei que vai me ouvir e vai saber que posso realmente falar mais porque estava do lado daquela mulher. Quantas vezes eu esperei o preceptor ir descansar para discutir o caso com outro porque sabia que ele iria me ouvir e falar: "Realmente, se você tá falando, você tá acompanhando, então vamos lá!" **P7 (E)**

Inclusive no mesmo plantão procuro aliado, para que certa violência não aconteça. **P15 (E)**

Às vezes o meu preceptor vai descansar e eu acho ótimo! Já pego outra pessoa que eu sei que vai ser melhor. Quando ele voltar já aconteceu o que tinha para acontecer. Eu falo com o outro preceptor: "Por favor, será que você pode entrar comigo?" Porque às vezes a pessoa se sente sem graça de passar por cima do outro colega, né? **P16 (E)**

O primeiro parâmetro para escolher o preceptor é a forma ele age frente às mulheres, as condutas dele frente à mulher, como ele trata essa mulher, como ele enxerga aquela mulher [...] Então, às vezes, vou definir o meu preceptor como algum enfermeiro obstetra que confie do plantão. Ele pode estar em outro setor e eu vou precisar discutir uma conduta com ele em outro setor. [...] O quesito para escolher o preceptor é o conhecimento teórico-prático que ele tem! É um preceptor que trabalha de acordo o protocolo? É um preceptor que trabalha com as suas próprias condutas? Prefiro discutir com aqueles preceptores que estão mais adequados ao protocolo, àqueles preceptores que gostam de discutir em equipe e que me vê como uma pessoa com conhecimento para discutir. Não só para me falar o que deveria fazer naquele caso. **P17 (E)**

Quando eu conheço um pouquinho, principalmente da preceptoria do Enfermeiro Obstetra, e sei, por exemplo, que a mulher não quer que rompa a bolsa dela e sei que esse profissional vai fazer eu discuto com outro. Até mesmo com profissional, com o médico obstetra. **P19 (E)**

As minhas estratégias são procurar um aliado, evitar entrar em contato direto com essa pessoa. Acho que nunca aconteceu de não conseguir uma escapatória, sabe, que me salvasse. **P21 (E)**

Os critérios para a escolha do preceptor pelos residentes baseiam-se: nas possibilidades de aprendizado ofertadas e em como ele exerce a preceptoria; nas condutas que o preceptor possui com a mulher assistida e nas relações de confiança estabelecidas durante os plantões.

Outro caminho percorrido na busca pela melhoria das relações e enfrentamentos da violência é a estratégia do diálogo e da aproximação com o preceptor. Dessa maneira,

Falar de uma forma mais segura talvez seja um processo de amadurecimento! Tem me ajudado a enfrentar essas situações em que sinto que não tenho aliado nenhum. **P7 (E)**

O que tento fazer, dependendo da situação, é dar uma sugestão, fingir que estou dando uma sugestão! (risos) você já pensou que podemos fazer isso ou não? Vamos esperar um pouquinho para ver se dá certo? Lidamos com muita vaidade. Então, se a pessoa acha que estou passando por cima daquilo que ela acha que é certo, daquilo que ela definiu, então às vezes, fica incomodada, mesmo achando que eu estou certa. Ela vai se negar a fazer para ser a pessoa certa do momento. Então, tento falar num tom de sugestão para ver se a pessoa recebe melhor a sugestão. **P9 (E)**

Até que ponto chegar num plantão e estar andando em ovos? Saber qual é a melhor forma de lidar com essa pessoa para não ter um impacto ruim. Não somente para (nome do residente) residente mais para a mulher que vou assistir [...] pode acontecer uma parceria, já ocorreu de conseguir

dialogar e me esquivar daquele profissional que vai fazer uma determinada intervenção, e eu falar para o preceptor [...] é um desafio fazer esse diálogo, essa conversa: "Fulano não concordei com aquele posicionamento". Fui um pouco diplomata, no sentido de falar que achava ele um obstetra com muita habilidade, boa experiência. **P15 (E)**

As tentativas de promover o diálogo podem ser reconhecidas nas sugestões que são realizadas pelos residentes durante o plantão, em atitudes que buscam afinar condutas a serem realizadas.

Há um reconhecimento da existência de relações que pesam pelas vaidades e sentimentos oriundos da posição de poder que o preceptor assume e que foi discutido na categoria anterior. Por isso, a expressão "andando em ovos" produz tanto sentido ao residente que se vê compelido a lidar com temperamentos e comportamentos, pensando qual a melhor forma de se evitar o conflito e como causar o menor impacto possível nele e na mulher sob seu acompanhamento.

Para alguns profissionais na percepção do residente a alternativa para a melhoria da prática assistencial é a renovação e aperfeiçoamento de sua atuação. Sendo composto nas falas:

Os profissionais que estão aqui eles passam por um processo de especialização, sendo residência ou alguma especialização em outra modalidade. Então, depois que acabou essa fase eles não estão mais aperfeiçoando, parece que estagnaram. **P9 (GF1)**

Só com aposentadoria de alguns e a contratação de novas pessoas que vai melhorar. **P18 (GF2)**

Por que não? Talvez, capacitação. Processo de capacitação profissional. **P15 (GF2)**

Pode começar pela educação dos profissionais, sensibilização com relação aos atos de violência. Temos alguns profissionais que mesmo sendo bem experientes, velhos de casa, eles fazem ainda dessa forma porque aprenderam isso há um tempo e acabou desenvolvendo isso no dia a dia. **P2 (E)**

As pessoas que estão diretamente relacionados com a assistência são poucas que participam de processo de formação extra. Então, percebo que depois que a pessoa terminou a residência ou especialização, ela não se mantém atualizado tentando aprimorar e melhorar suas práticas. Dá para contar no dedo aquelas pessoas que sempre estão em processo de formação e buscando melhorias na assistência, buscando novas evidências e aprimorando as práticas. **P9 (E)**

Nas falas dos entrevistados há o reconhecimento que a atualização do profissional é um procedimento importante para reconhecimento de práticas desnecessárias e desatualizadas, almejando o aprimoramento e a construção de

uma assistência obstétrica com respeito as individualidade e redução dos atos de violência.

Endossando as reflexões anteriores entende-se que o investimento na qualificação dos preceptores buscando lapidar suas habilidades e seus atributos, com especial atenção para as competências pedagógicas, é fundamental para a sistematização e a melhoria no processo de ensino-aprendizagem, o que refletirá grandemente no cuidado assistencial e na formação do profissional aprendiz (ABEM, 2013; JARDIM, 2017).

A OMS (2014), WHO (2018) ressalta que os profissionais devem utilizar de estratégias de humanização e incorporação da prática baseada em evidências científicas com a redução de procedimentos invasivos e iatrogênicos na assistência obstétrica cotidiana. Ressaltando que o cuidado deve ser organizado e oferecido para todas as mulheres de maneira que mantenha a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, livre de danos e maus tratos e violências, permitindo escolhas informadas e suporte contínuo.

Enfim, a síntese as principais estratégias para o enfrentamento da VO reveladas nos dados da pesquisa e que vão ao encontro à literatura trabalhada repousam em:

- 1) a incorporação e o ensino de evidências científicas sobre as intervenções no parto, inclusive, a promoção da integridade genital das mulheres;
- 2) o ensino da relação médico-paciente e dos direitos das mulheres, incluindo a proteção e promoção do direito à autonomia e à escolha informada;
- 3) o fim do uso desregulado e sem indicações médicas dos corpos das pacientes como material de ensino ('procedimentos didáticos'), com a remodelagem do ensino prático de intervenções, inclusive, cirúrgicas;
- 4) a identificação e responsabilização (accountability) dos 'abusos consensuais' (quando há um consenso entre os envolvidos de que se trata de um abuso), como fazer duas episiotomias na paciente apenas com fins didáticos;
- 5) a regulação de práticas médicas por meio da publicização de informações a esse respeito (como dos procedimentos realizados na assistência ao parto), a incorporação de protocolos e auditorias clínicas, com o apoio necessário das gestões locais (DINIZ *et al.*, 2016, p. 256).

As autoras Jardim e Modena (2018) descrevem alguns pilares que resumem as ações propostas para reverter à realidade da VO no Brasil. Sendo assim, fomentar o movimento de mudança do modelo de atenção obstétrica em vigor, sustentado na formação de recursos humanos em saúde com vistas a qualificação profissional em temáticas voltadas a assistência ao parto como um evento fisiológico. Garantir o acesso das mulheres as informações relativas à assistência

obstétrica pautada em evidência científica com a garantia de seus direitos pelos profissionais de saúde. Com isso, um importante encaminhamento encontrado firmase na mobilização dos diferentes atores sociais (mulheres, profissionais de saúde, sociedade civil, entidades de classe) que impulsionariam a tomada de decisão das ações e visam o enfrentamento do fenômeno principalmente por meio da denúncia, da formulação de leis e de políticas públicas centradas nessa temática.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS/RECOMENDAÇÃO

Percorrer os caminhos que levaram-nos à compreensão do fenômeno da violência obstétrica e suas implicações no cotidiano de formação dos residentes de obstetrícia, designou emergirmos no universo vivido pelos participantes da pesquisa, com base nos significados que eles atribuem a essa violência, desvelando as particularidades existentes nesse espaço de formação. A interpretação e fundamentação desses significados foram guiadas pela razão sensível em um olhar atento sobre o referencial teórico sociológico proposto por Maffesoli.

A compreensão das diferentes interfaces da VO que implicam diretamente na assistência à mulher parturiente, na qualificação do cuidado obstétrico prestado, e no cotidiano dos residentes médicos e enfermeiros em formação, foram sustentadas pelos referenciais literários. Nesse cotidiano há um contínuo processo de construção e reconstrução das concepções existentes sobre a VO, ressignificando o olhar dos residentes sobre o saber-fazer, saber-dizer e saber-viver de cada noção atribuída à temática.

Assim, as discussões produzidas na revisão de literatura sinalizaram a VO como um fenômeno que atinge a gestante e puérpera, durante os processos parturitivos e nas situações de abortamento, revelam o trato desumano e violento em que profissionais de saúde se apropriam do corpo feminino por meio da utilização de práticas intervencionistas, arcaicas e desnecessárias durante a assistência violando, assim, seus corpos e suas necessidades.

Ao imergirmos sobre esse fenômeno real e contemporâneo, identificamos que a VO configura-se como uma ruptura dos direitos fundamentais da mulher e constitui-se como um grave problema de saúde pública mundial. Sua permanência, nos cenários de atenção obstétrica, revelou-se por meio dos atos desrespeitosos,

principalmente em grupos considerados vulneráveis, sendo identificados nas formas da violência verbal, física, psicológica, sexual, discriminação social, negligência na assistência e uso inadequado de procedimentos e tecnologias.

Resgatando, nessas considerações finais, as concepções sinalizadas na revisão de literatura para o entendimento do fenômeno VO, destacamos: sua íntima relação com as questões de gênero; sua interface nas relações de poder existentes entre os sujeitos detentores do saber e mulheres assistidas; sua institucionalização, invisibilidade e banalização do evento nas instituições de saúde; seu desconhecimento e/ou não reconhecimento pelas mulheres dos atos violentos e suas questões de ordem organizacionais que refletem nos atos violentos (sobrecarga de trabalho, esgotamento físico e mental, escassez de recursos, inadequadas condições de trabalho).

Na trajetória de resgate do que foi encontrado na literatura, algumas estratégias utilizadas para o enfrentamento da VO foram apontadas, sendo notória a necessidade de profundas e necessárias mudanças no modelo de atenção obstétrica no país, que almeje a prática baseada em evidências associada ao resgate da fisiologia do nascimento, da autonomia e do protagonismo feminino.

Para isso, torna-se necessário promover a formação de profissionais de saúde imersos nesses princípios, a divulgação de informações sobre a VO utilizando-se de diferentes canais de comunicação para a sociedade civil, o fomento da mobilização social em diversas formas de interação atualmente disponíveis para dar visibilidade ao problema, a estruturação de políticas públicas e legislações que sustentem a defesa dos direitos da mulher a uma assistência respeitosa e livre de violência.

Submergimos no arcabouço legal existente no Brasil, analisando leis, portarias, projetos de leis, resoluções que tratam de questões fundamentais e polêmicas como a legitimidade da utilização do termo VO nos espaços públicos. Percorrendo pelos textos jurídicos encontramos a VO como uma violação constitucional ao ferir o princípio da dignidade da pessoa humana ao ser reconhecida como uma forma de violência contra a mulher.

Encontramos avanços importantes para clarificar o fenômeno da VO, para tratá-lo como um evento real e cotidiano em nossos serviços e que não ficará invisibilizado, institucionalizado e negligenciado nos cenários obstétricos no Brasil. Caminhamos num sentido a conferir maior dignidade e respeito, reprimindo

quaisquer atos de violência às mulheres, em suas diversas e existentes modalidades. Reafirmamos que a exclusão do termo VO amplamente discutido e pacificado pela melhor evidência, seria um contrassenso a todos os avanços obtidos nacional e internacionalmente.

Dessa maneira, voltamos o olhar para as ações de proteção a mulher durante a assistência obstétrica que estão consolidadas em documentos com destaque para: o direito a presença do acompanhante durante o período de internação, a exigência de vinculação da gestante aos serviços de saúde, o compromisso com a prática do aleitamento materno e as leis aprovadas nos municípios de São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina, Pernambuco e Mato Grosso do Sul que reconhecem e tipificam a prática de VO nas instituições.

Refletimos que a origem do desconforto trazido pela terminologia VO repousa no fato que as ações violentas praticadas pelos profissionais e outrora naturalizadas, agora são nomeadas. Trazendo à tona os verdadeiros males da nossa assistência que permanece classificada como desumana, desqualificada e geradora de traumas físicos, psíquicos e emocionais em mulheres, recém-nascidos e famílias.

Fortalecidos nas concepções oriundas da revisão literária passamos a analisar e refletir sobre os dados produzidos no campo da pesquisa, originados dos momentos de observação participante, grupo focal e entrevista. Os diferentes cenários vivenciados no cotidiano da unidade caso revelaram como a VO está desvelada na assistência à mulher, reafirmando algumas características encontradas nos textos acadêmicos.

As configurações de poder existentes entre profissionais de saúde, preceptores, residentes e usuárias cooperam para a desqualificação do cuidado cotidiano, dificultam as relações interpessoais e favorecem os atos de violência, gerando insatisfação, desmotivação e angústias em diferentes momentos e cenários da/na assistência que é prestada na unidade caso.

As adversidades institucionais advindas do subfinanciamento e da crise financeira, agravada nos últimos anos, contribuíram para a permanência dos problemas assistenciais e sua conexão com os atos de VO. Sendo alguns dificultadores: os problemas estruturais para a promoção de uma ambiência adequada; o excesso de demanda assistencial; o dimensionamento inadequado de profissionais de saúde para o atendimento; os conflitos vividos nas relações

interpessoais e as dificuldades organizacionais em setores de acolhimento e decisões clínicas cruciais ao cuidado prestado à mulher.

No entanto, mesmo diante desse cenário, existe um movimento permanente de significação e ressignificação do cuidado assistencial, não somente pelos residentes, mas também pela equipe assistencial. Diante dos desafios quotidianos existe o encontro de sujeitos que motivados pelos sentimentos e afetos no *ser para o outro*, comprometem-se em buscar alternativas para a qualificação da assistência, sustentadas nos princípios da humanização do parto e nascimento e nas evidências científicas.

As noções de VO, apresentadas pelos residentes, sinalizam as dificuldades de sintetizar os elementos que representam a pluralidade de significados existentes para o fenômeno. Assim, percorremos pelas noções tradicionais sustentadas nas violências clássicas, caminhando para a ampliação de sentidos que permitem a inclusão de questões organizacionais e estruturais das instituições que refletem na assistência e na formação dos residentes.

O subjetivo desrespeito encontra-se fortemente marcado nas falas dos participantes como significado de VO: o desrespeito aos corpos, às necessidades, ao protagonismo, à autonomia e individualidade da mulher, como sujeito de direito no *ser e estar* em sociedade.

Nesse sentido, emergem nos depoimentos dos participantes possíveis explicações para a permanência quotidiana da VO, sustentada nos aspectos culturais; na invisibilidade e negação de sua ocorrência; na falta de conhecimento das mulheres sobre as configurações da VO; no agir profissional desatualizado, desqualificado e dessubjetivado e na reprodução de atos violentos justificados e/ou mascarados por sua falsa necessidade de existir. Todos esses elementos apresentados como justificativa para atos de violência vão ao encontro dos principais aspectos encontrados na literatura científica, endossando a veracidade dos mesmos no quotidiano assistencial.

Chegamos, nesse momento, na análise da VO em nossa unidade caso o que produziu as reflexões dos residentes para seu quotidiano de assistência, ensino e aprendizagem. Mesmo reconhecendo a Instituição como diferenciada por sua proposta de humanização da assistência ao parto e nascimento, os residentes não deixam de salientar a necessidade de produzir espaços para a discussão da temática VO nos diversos cenários de atenção, enfatizando a urgência de se

constituir esses momentos como uma estratégia de qualificar o cuidado e o ensino que é proporcionado.

A ocorrência de relatos das formas clássicas de VO às formas particulares existentes na Instituição cenário da pesquisa, reforça a importância de converter o olhar para as iniquidades produzidas no cotidiano, discutir as fragilidades e converter esforços para a busca de possíveis soluções que perpassam pelas relações interpessoais existentes aos processos organizacionais que necessitam ser revistos.

O somatório desses esforços contribuirá para diminuir o sofrimento vivenciado pelos residentes ao encontrarem quotidianamente com essas situações que remetem a conflitos éticos, morais e emocionais que reverberam em seu viver societal e em sua constituição enquanto profissionais de saúde.

Com tal característica, visitamos as observações elencadas na tese para as principais repercussões produzidas no processo de ensino-aprendizagem. Iniciando pela urgente necessidade de se rever as relações existentes entre preceptores e residentes, estabelecendo compromissos éticos e de respeito mútuo, que melhorem a convivência cotidiana e promovam espaços para que o ensino em serviço seja verdadeiramente exercido.

O processo de aprendizado está balizado pelos atos de VO. No entanto, imersos em um contexto que clama pela mudança dos modelos assistenciais, os residentes elaboram estratégias para a proteção da usuária e para o enfrentamento da VO.

A releitura das formas tradicionais de ensino, que utilizam da violação de corpos para promoverem oportunidades de aprendizagens, compõe-se como uma potente possibilidade de enfrentamento da VO. Foram fortemente destacadas a perpetuação da VO por meio das ações de ensino onde os residentes ocupam o papel de violentadores e ao mesmo tempo são violentados ao executarem a má prática assistencial sublinhada pela imposição do saber desatualizado do preceptor na condução de diferentes cuidados e técnicas.

O acolhimento, a escuta, o amparo e o diálogo entre preceptores e residentes oportuniza a construção de relacionamentos sólidos que afastam a solidão dos sujeitos, permitindo o desenvolvimento profissional como generosidade, sabedoria e ciência. Assim, o residente distancia-se do lugar do silêncio, do sofrimento e da

anulação possibilitando a expressão, a troca de saberes que produzirão o sentido maffesoliano do ser e estar junto no mundo.

Na busca por esses sentidos encontrados nos discursos, e que cabe ressaltar nas considerações finais, outras estratégias para o enfrentamento da VO sendo notórias: o apoio nos pares em busca de experiências que revelem os caminhos a seguir; o fortalecimento da mulher mediante a informação contínua durante todos os momentos em que a assistência é oferecida; o investimento em formação profissional sustentadas nos princípios propostos para a mudança de modelo da atenção obstétrica; o reconhecimento de espaços de exercício de controle social como os serviços de ouvidoria e as reuniões com os usuários do serviço.

O enfrentamento da VO torna-se um compromisso a ser exercido por todos os profissionais de saúde, por toda a sociedade civil, por todas as mulheres que almejam a edificação da assistência obstétrica brasileira rompendo com os paradigmas existentes, em um movimento constante que objetiva abolir práticas desrespeitosas e desumanas.

O pressuposto formulado para a tese em que, os processos tradicionais de ensino da obstetrícia em vigor no país, contribuem fortemente para a perpetuação da VO na assistência as mulheres trazendo implicações importantes ao processo formativo dos residentes foi confirmado ao longo das experiências produzidas no campo da pesquisa por meio da observação participante, do grupo focal e das entrevistas em profundidade. A veracidade do pressuposto também foi reafirmada após as análises que trouxeram as interpretações dos dados e as reflexões com os referenciais acadêmicos.

Resistir e persistir essa tônica deve sustentar o fazer diário de profissionais, na busca por reinventar as possibilidades de assistir às mulheres em suas fragilidades como atributos potentes para não subsistir um cotidiano em que seremos confrontados com a VO. Cabe a nós não desanimarmos, não desistirmos, precisamos lançar pequenas sementes como as apontadas nessa tese para almejarmos sempre qualificação do cuidado cotidiano na produção do ser saudável, dos sentidos atribuídos à dignidade humana, dos contornos e dos limites que fazem da existência humana algo singular e único.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. A. (org.). **Preceptorial em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas**: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 79-92, jan./mar. 2011.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006.

API O.; BALCIN M. E.; UGUREL V.; API M.; TURAN C.; UNAL O. The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial. **Acta Obstet Gynecol Scand**. 2009;88(3):320-4.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.

BARROS, E. P. Maffesoli e a investigação do sentido: das identidades às identificações. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 44, n. 3, p. 181-185, set./dez. 2008.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um guia prático**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BELLÓN SÁNCHEZ, S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. **Dilemata: Revista Internacional de Éticas Aplicadas**, Madrid, ano 7, n. 18, p. 93-111, 2015.

BOTTI, S. H. O. **O papel do preceptor na formação de médicos residentes**: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. Rio de Janeiro. 2009. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, jul./set. 2008.

BRANDÃO, L. **Projeto de lei n. 1.130, de dezembro de 2017**. Dispõe sobre a prevenção da violência obstétrica no âmbito da assistência perinatal. São Paulo:

Assembleia Legislativa, 2017. Disponível em:
<https://www.al.sp.gov.br/propositura/?id=1000196412>. Acesso em: 23 jun. 2019.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, [...]. Brasília, DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília: CNS, 2013. Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. **Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília: Presidência da República, [2010]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Presidência da República, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.436, de 12 de abril de 2017**. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para garantir o direito a acompanhamento e orientação à mãe com relação à amamentação. Brasília: Presidência da República, 2017. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13436.htm. Acesso em: 21 jun. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2019a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em 21 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: MEC, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 22 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 2.768, de 16 de dezembro de 2014**. Certifica 6 (seis) unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2768_16_12_2014.html. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 15 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Despacho, 03 maio de 2019**. Referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo “violência obstétrica”. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0. Acesso em: 20 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2fmnKeD> >. Acesso em: 20 jun. 2016.

CADERNOS DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA: o preceptor por ele mesmo. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, v. 9, out. 2013.

CANDA, C. N. Lá vai a vida a rodar: reflexões sobre práticas cotidianas em Michel Maffesoli. **Revista Rascunhos Culturais**, Coxim, v. 1, n. 2, p. 63-77, jul./dez. 2010.

CAREGNATO, R. C.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARROLI G.; MIGNINI L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2009, Oxford, CD000081, Set, 2018

CECCIN, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/Abrasco, 2007.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (Brasil). **Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Brasília: Secretaria de Educação Superior, 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 15 set. 2019.

CONFEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE OBSTETRIZES. **Competências essenciais para o exercício da obstetrícia**. São Paulo: USP, 2015. Disponível em: <http://www5.each.usp.br/wp-content/uploads/2015/11/CompetenciasEssenciaisExercicioObstetricia.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **CFM apoia MS em decisão sobre o termo violência obstétrica**. Brasília: CFM, 09 maio 2019. Disponível em: http://www.portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=28210:2019-05-09-18-50-35&catid=3. Acesso em: 20 jun. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Parecer CFM nº 32/2018**. A expressão “violência obstétrica” é uma agressão contra a medicina e especialidade de ginecologia e obstetrícia, contrariando conhecimentos científicos consagrados, reduzindo a segurança e a eficiência de uma boa prática assistencial e ética. Brasília: CFM, 2018. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2018/32>. Acesso em: 20 jun. 2019.

DENZIN, N. K. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 253-259, jan./mar. 2016.

DREZETT, J. Aborto em situações de violência sexual: o que representa a experiência do Hospital Pérola Byington? **Juízes para a Democracia**, São Paulo, v. 17, n. 75, p. 3, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/320173742_Aborto_em_situacoes_de_viol

encia_sexual_o_que_representa_a_experiencia_do_Hospital_Perola_Byington. Acesso em: 15 set. 2019.

DUARTE, E. D. et al. A experiência do Hospital Sofia Feldman na construção da rede serviço ensino. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: IMS, 2006.

FELITTI, K. Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.113-129, dez. 2011.

FERLA, A. A. *et al.* **Residências e a educação e ensino da saúde: tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

FLORIANO, F. **Projeto de lei n. 8.219, de 09 de agosto de 2017**. Dispõe sobre a violência obstétrica praticada por médicos e/ou profissionais de saúde contra mulheres em trabalho de parto ou logo após. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2147144>. Acesso em: 23 jun. 2019.

FRENK, J. *et al.* Health professional for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, dez. 2010 *apud* AGUIAR, C. A. (org.). **Preceptoria em programas de residência: ensino, pesquisa e gestão**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE (FAIS). **Estatuto da Fundação de Assistência Integral à Saúde**. Belo Horizonte: FAIS, 1988. Não publicado.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. **Hospital Sofia Feldman: indicadores hospitalares**. Belo Horizonte: HSF, 2019. Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>. Acesso 19 jan. 2019.

FUSCH, P. I.; NESS, L. R. Are we there yet? data saturation in qualitative research. **Qualitative Report (Online)**, Fort Lauderdale, Fla, v. 20, n. 9, p. 1408-1416, 2015. Disponível em: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR20/9/fusch1.pdf>. Acesso em: 15 set. 2019.

GÓMEZ PÉREZ, B. A.; OLIVEIRA, E. V.; LAGO, M. S. Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 66-77, jan./jun. 2015.

GONDI, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, 149-161, 2003.

GUILLÉN, F. F. Qué es la violencia obstétrica? algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. Dilemata: **Revista Internacional de Ética Aplicada**, Madrid, ano 7, n. 18, p. 113-128, 2015.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologia qualitativas na sociologia**. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

HODNETT, E. D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Birth**, v. 32, n. 1, p. 72, Mar. 2005. BOHREN, M. A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, p. CD003766, Jul. 2017.

HOTIMSKY, S. N. **A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

HOTIMSKY, S. N. *et al.* O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, out. 2002 .

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 639-649, set. 2005.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Strengthening midwifery globally. philosophy and model of midwifery care**. The Netherlands: ICM, 2014. Disponível em: https://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20V2014%20ENG%20Philosophy%20and%20model%20of%20midwifery%20care.pdf. Acesso em: 15 ago. 2019.

JARDIM, D. M. B. *et al.* Residência em enfermagem obstétrica no Hospital Sofia Feldman: uma estratégia de formação no e para o SUS. *In*: FERLA, A. A. *et al.* (org.). **Cadernos da Saúde Coletiva**: edição temática residências em saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017. p.102-107.

JARDIM, D. M. B.; MODENA, C. M. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. e3069, 2018.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014 .

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019 .

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

LIMA, L. M. *et al.* Cuidado humanizado às mulheres em situação de abortamento: uma análise reflexiva. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.11, n. 12, p. 5074-5078, dez. 2017.

LOPES, A. C. *et al.* Humanization of childbirth care: the history of Hospital Sofia Feldman. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, p. 201-208, 2010.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1986.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. *In*: MAIA, M. B. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, p. 19-49.

MADEIRA, L. M. *et al.* Da construção do hospital à gestão: compartilhando tijolos, esforços, valores e responsabilidade. **Revista Enfermagem Obstétrica**, Rio de Janeiro, v. 3, p. e33, 2016.

MAFFESOLI, M. **A violência totalitária**: ensaio de antropologia política. Rio de Janeiro: Zahar, 2001a.

MAFFESOLI, M. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro. Rocco, 2001b.

MAFFESOLI, M. A comunicação sem fim (teoria pós-moderna da comunicação). **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, v. 20, p. 13-20, 2003a.

MAFFESOLI, M. **O instante eterno**: o retorno do trágico nas sociedades pós-modernas. Trad. Rogério de Almeida e Alexandre Dias. São Paulo: Zouk, 2003b.

MAFFESOLI, M. **A parte do diabo. Resumo da subversão pós-moderna**. Rio de Janeiro: Record, 2004.

MAFFESOLI, M. **A transfiguração do político: a tribalização do mundo**. Trad. Juremir Machado da Silva. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MAFFESOLI, M. **O ritmo da vida: variações sobre o imaginário pós-moderno**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

MAFFESOLI, M. A terra fértil do cotidiano. **Revista FAMECOS**, Porto Alegre, v. 36, p. 5-9, 2008a.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. 4. ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes, 2008b.

MAFFESOLI, M. **O conhecimento comum**: introdução à sociologia compreensiva. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2010a.

MAFFESOLI, M. **Saturação**. tradução de Ana Goldberger. São Paulo: Iluminuras: Itaú Cultural, 2010b.

MAFFESOLI, M. **No fundo das aparências**. 4. ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2010c.

MAFFESOLI, M. **O tempo retorna**: formas elementares da pós-modernidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

MAFFESOLI, M. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

MARRERO, L.; BRUGGEMANN, O. M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1152-1161, maio 2018.

MATO GROSSO DO SUL. Lei nº 5.217, de 26 de junho de 2018. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e de proteção à gestante e à parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do Sul**, Campo Grande, ano XL, n. 9.684, 27 jun. 2018. Disponível em: http://www.spdo.ms.gov.br/diariodoe/Index/Download/DO9684_27_06_2018. Acesso em: 21 jun. 2019.

MENDES, A.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 224-243, set. 2018.

MINAS GERAIS. **Lei nº 23175 de 21 de dezembro de 2018**. Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado. [Belo Horizonte]: LegisWeb, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=372848>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abr. 2017.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa. 11. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2015.

MORAES, J. **Projeto de lei n. 7.867, de 13 de junho de 2017**. Dispõe sobre medidas de proteção contra a violência obstétrica e de divulgação de boas práticas para a atenção à gravidez, parto, nascimento, abortamento e puerpério. Brasília: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2141402>. Acesso em: 23 jun. 2019.

MORAIS, F. R. R. **A humanização no parto e no nascimento**: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. 2nd. ed. London: Sage Publications, 1997. (Qualitative Research Methods Series, 16).

MOURA, C. F. S.; LOPES, G. T.; SANTOS, T. C. F. Humanização e desmedicalização da assistência à mulher: do ensino à prática. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 182-187, abr./jun. 2009.

NISTCHKE, R. G. *et al.* Contribuições do pensamento de Michel Maffesoli para pesquisa em enfermagem e saúde. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 4, p. e3230017, 2017.

NISTCHKE, R. G. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, supl 1, p. 24-26, 2007.

NÓBREGA, J. F. *et al.* A sociologia compreensiva de Michel Maffesoli: implicações para a pesquisa em Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 373-376, abr./jun. 2012.

NUCCI, G. de S. **Código penal comentado**: estudo integrado com processo e execução penal: apresentação esquemática da matéria: jurisprudência atualizada. 14. ed. rev. atual. e ampl. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

OLIVEIRA T. R. de *et al.* Percepção das mulheres sobre violência obstétrica. **Revista Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 1, p. 40-46, jan. 2017.

PAIM, J. S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

PEREIRA, R. M. *et al.* Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3517-3524, nov. 2018.

PÉREZ D'GREGORIO, R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, New York, v. 111, n. 3, p. 201-202, Dec. 2010.

PERNAMBUCO. **Lei nº 16499 de 06 de dezembro de 2018**. Estabelece medidas de proteção à gestante, à parturiente e à puérpera contra a violência obstétrica, no âmbito do Estado de Pernambuco. [Recife]: LegisWeb, 2018. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=370732>. Acesso em: 21 jun. 2019.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 4. ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos**: o princípio da dignidade da pessoa humana e a Constituição de 1988. [S. l. : s. n.], 2004.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRINS M.; BOXEM J.; LUCAS C.; HUTTON E. Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. **BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology**, 2011;118(6):662-70.

PROENÇA, W. L. O método da observação participante. **Revista Antropos**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 8-31, maio 2008.

RABINOW, P.; NIKOLAS, R. O conceito de biopoder hoje. **Revista de Ciências Sociais: Política & Trabalho**, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Nota Técnica REHUNA Nº 1, de 08 de maio de 2019**. Ministério da Saúde e a expressão “Violência Obstétrica”. Brasília: REHUNA, 2019. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/Marcusrenato/violencia-obstetrica-nota-technica-da-rehuna-rede-de-humanizacao-do-parto-e-nascimento>. Acesso em: 15 set. 2019.

REGIS, J. F. S.; RESENDE, V. M. “Daí você nasceu minha filha”: análise discursiva crítica de uma carta ao obstetra. **DELTA: Documentação e Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 573-602, 2015.

SANFELICE, C. F. O. *et al.* Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Rene: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 2, p. 362-370, mar./abr. 2014.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 2017. Disponível em: http://leis.alesc.sc.gov.br/html/2017/17097_2017_lei.html. Acesso em: 21 jun. 2019.

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018.

SÃO PAULO. **Lei nº 15.759, de 25 de março de 2015**. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências. São Paulo: Assembleia Legislativa, 2015. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2015/lei-15759-25.03.2015.html>. Acesso em 21 jun. 2019.

SÃO PAULO. Ministério Público Federal. Procuradoria da República. **Recomendação n. 29/2019**. São Paulo: Ministério Público Federal / Procuradoria da República em São Paulo, 07 maio 2019. Disponível em: http://www.mpf.mp.br/sp/sala-de-imprensa/docs/recomendacao_ms_violencia_obstetrica.pdf. Acesso em: Acesso em: 20 jun. 2019.

SENA, L. M.; TESSER, C. D. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 209-220, mar. 2017.

SILVA, M. A.; GUARESCHI, P. A.; WENDT, G. W. Existe sujeito em Michel Maffesoli?. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 439-455, jun. 2010.

SOARES, A. C. P *et al.* A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. In: *Cadernos da ABEM: O preceptor por ele mesmo*. Vol. 9. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2013.

STAKE, R. E. The case study method in social inquiry. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The american tradition in qualitative research**. California: Sage Publications, 2001. v. 2.

STREFLING, I. S. S. *et al.* Nursing perceptions about abortion management and care: a qualitative study. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 784-791, 2015.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-664, out./dez. 2008.

UNITED NATIONS. Office of the High Commissioner for Human Rights. **Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH)**. Brasília: Nações Unidas Brasil, 1948. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 21 jun. 2019.

VICTÓRIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global consultation on violence and health. **Violence**: a public health priority. Geneva: OMS, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva, Switzerland: WHO, 2018.

WYLLYS, J. **Projeto de Lei n. 7633, de 29 de maio de 2014**. Dispõe sobre a humanização da assistência à mulher e ao neonato durante o ciclo gravídico-puerperal e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=617546>. Acesso em: 23 jun. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookmann, 2005.

ZANARDO, G. L. P. *et al.* Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 29, p. e155043, 2017.

APÊNDICE A



Roteiro para Observação Participante

Data: _____

Instituição: _____

Locais:

Horário de início: _____ Horário de término: _____

Tópicos de observação

1. Como os residentes exercem as atividades assistenciais nos diferentes cenários obstétricos.
2. Como o residente se comporta frente ao paciente que está sob seu acompanhamento.
3. Como se dão as práticas de ensino da obstetrícia no cotidiano da instituição.
4. Quais as práticas de violência obstétrica relatadas pela literatura são mais exercidas no cotidiano assistencial da instituição estudada.
5. Em quais momentos e cenários a ocorrência da violência obstétrica é mais frequente.
6. Quais as reações que o residente possui frente a outros profissionais que praticam atos de violência obstétrica.
7. Foram encontrados residentes envolvidos em práticas nomeadas pela literatura como violência obstétrica.
8. Que atos considerados pela literatura com violência obstétrica são praticados pelos residentes e em qual contexto assistencial.
9. Como o residente vivencia as práticas de violência obstétrica em seu cotidiano de formação.
10. Há algum espaço para a reflexão dos residentes após a ocorrência de violência obstétrica.
11. A equipe assistencial faz algum tipo de reflexão quando os atos acontecem.

APÊNDICE B



Roteiro para a Realização do Grupo Focal

Data: _____ Horário: _____

Local: _____

Numero de participantes: _____

Residentes de Enfermagem Obstétrica () Sexo Feminino () Masculino ()

Residentes Ginecologia/Obstetrícia () Sexo Feminino () Masculino ()

- 1) Fale-me da sua compreensão da Violência Obstétrica.
- 2) Como vocês percebem no ensino da obstetrícia?
- 3) Como você percebe no cotidiano da prática a violência obstétrica?
- 3) Na sua vivência como a Violência Obstétrica permeia o contexto de formação na obstetrícia?
- 4) Como os atos de violência obstétrica podem repercutir na formação dos residentes?
- 5) Na vivência de residentes, em suas atividades assistenciais?
- 6) Quais as estratégias utilizadas por vocês para o enfrentamento da violência obstétrica em seu cotidiano de formação?
- 7) Gostariam de acrescentar algo, que eu não perguntei e que acham importante para o contexto da VO?

APÊNDICE C



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “A percepção da Violência Obstétrica pelos médicos e enfermeiros residentes em obstetrícia”, desenvolvida por Danúbia Mariane Barbosa Jardim, aluna de Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou, da Fundação Oswaldo Cruz (IRR/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Celina Maria Modena.

O objetivo central deste estudo é compreender o fenômeno da violência obstétrica e suas implicações no contexto de formação dos residentes de obstetrícia em um hospital de ensino do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista em grupo (grupo focal) e/ou entrevista individual sendo todos residentes do segundo ano do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia e Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica. Na entrevista em grupo (grupo focal) que constituirá em conversas em grupos de 5 e 15 participantes, você poderá falar suas opiniões sobre a Violência Obstétrica e, caso não seja possível finalizar o grupo em uma única reunião, você será convidado a participar de outra sessão. A entrevista em grupo (grupo focal) será gravada e os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora.

Nas entrevistas individuais, serão feitas algumas perguntas para esclarecer alguns pontos importantes sobre sua compreensão acerca da violência obstétrica. A entrevista individual também será gravada e os arquivos digitais e impressos ficarão sob a guarda e responsabilidade da pesquisadora principal.

Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como para retirar sua participação a qualquer momento. Você não receberá nenhuma penalização caso decida não participar ou desistir. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar as pesquisadoras informações sobre sua

Rubrica do pesquisador

Rubrica do participante

participação e/ou sobre a pesquisa, utilizando os contatos fornecidos no final deste Termo.

O benefício relacionado à sua participação é a produção de conhecimentos sobre a temática. Espera-se que tais conhecimentos possam contribuir para reflexões e melhorias na formação dos residentes e na qualidade assistência às mulheres no cenário obstétrico.

Os riscos relacionados à sua participação são aqueles que podem acontecer em situações de interação entre pessoas: falar e não ser compreendido, falar e ser questionado, ouvir posicionamentos diferentes dos que apresentou, sentir algum incômodo diante da fala de outros participantes. Tais riscos podem ser minimizados pela mediação que será feita pelas pesquisadoras. Há também a possibilidade de se retirar da pesquisa, a qualquer momento, caso você julgue necessário.

Os resultados da pesquisa serão divulgados em artigos científicos e na tese de doutorado.

Caso você sofra algum dano associado diretamente à sua participação na pesquisa, será assegurado seu direito à indenização por parte das pesquisadoras e das instituições envolvidas. Este termo está redigido em duas vias e você ficará com uma, onde deverá assinar o termo e rubricar as outras páginas, assim como a pesquisadora responsável.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IRR, órgão responsável por defender os interesses dos participantes da pesquisa, nos seguintes endereços e telefones listados abaixo.

Celina Maria Modena/ Pesquisadora Responsável

Endereço e telefone institucional CEP/IRR:

Av. Augusto de Lima, 1715, Barro Preto. Belo Horizonte. MG. Cep: 30190-002.

Telefax: (31) 3349 7825

Secretária: Bernadete Patrícia Santos. e-mail: cepsh-cpqr@cpqr.fiocruz.br

Contato da Pesquisadora Responsável: Celina Maria Modena

Av. Augusto de Lima, 1715, Barro Preto. Belo Horizonte MG. Cep: 30190-002.

Tel: 31 3349-7810 ou 993759973

e-mails:

danubia.barbosaj@gmail.com/celina@cpqr.fiocruz.br/celina@minas.fiocruz.br

Local e data _____

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Estou de acordo com a gravação da entrevista em grupo (grupo focal) e/ou entrevista individual com todas as questões que foram apresentadas neste termo.

Participante da pesquisa

APÊNDICE D



Roteiro para a Realização da Entrevista

Data: _____ Horário: _____

Local: _____

Residente de Enfermagem Obstétrica () Sexo Feminino () Masculino ()

Residente Ginecologia/Obstetrícia () Sexo Feminino () Masculino ()

Idade: _____ Estado civil: _____ Naturalidade: _____

Formou em: Mês _____ Ano _____

Graduado pela:

Já possuiu outro vínculo profissional:

Quanto tempo de experiência profissional anterior:

1. Fale-me em pouco de sua atuação como residente em obstetrícia?
2. Para você o que é Violência Obstétrica?
3. Você pode me contar alguma vivência que julga estar associado ao seu conceito de violência obstétrica?
4. Quais os sentimentos foram despertados neste momento?
5. Como você acha que a violência obstétrica se faz presente em seu cotidiano de formação?
6. Quais os principais desafios vivenciados no dia a dia que envolvem atos de violência obstétrica?
7. De que forma você enfrenta a violência obstétrica em seu cotidiano como residente?
8. Há algo mais que você gostaria de me dizer?

ANEXO A



www.sofiafeldman.org.br 31. 3408.2200 Fax: 31. 3408.2218
 Rua Antônio Bandeira, 1000 - Tupi
 Belo Horizonte / MG - CEP 31844-130

Para: Orientadora: Professora Celina Maria Modena
 (Pesquisador Responsável)
 Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz

CC: Danúbia Mariane Barbosa Jardim

Estimados,

Atendendo à solicitação de autorização para implementar o projeto de pesquisa: "A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES DE OBSTETRÍCIA" nesta Instituição, comunico-lhe que não há nenhum impedimento para tal. No entanto, essa autorização está condicionada à apreciação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Sofia Feldman (CEP/HSF) como instituição co-participante na Plataforma Brasil.

ALACILUS JIMENEZ,


 Erika da Silva Dittz
 Integrante da LEP/HSF


 João Batista Mariché de Castro Lima
 Diretor Clínico do HSF



25 459 256 / 0001-92

Belo Horizonte, 1º de Fevereiro de 2018.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA
 INTEGRAL À SAÚDE
 Rua Antônio Bandeira, 1000
 B. Tupi - CEP 31844-130

BELO HORIZONTE - MG



A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Artigo 196 - Constituição Federal de 1988

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E SUAS IMPLICAÇÕES NA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES DE OBSTETRÍCIA

Pesquisador: Celina Maria Modena

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83292517.6.0000.5091

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz/ CPQRR/

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.643.652

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa qualitativa, do tipo estudo de caso, intitulado "Percepção da violência obstétrica pelos médicos e enfermeiros residentes de obstetrícia", inserido na Grande Área do Conhecimento (CNPq) 5 (Ciências Sociais Aplicadas), sob responsabilidade da Dra. Celina Maria Modena. O projeto apresenta relevância e pertinência porque aborda a temática associada à Saúde da Mulher relativamente pouco discutida no cenário nacional e cujo impacto na formação profissional é pouco conhecido. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) está indicada como Patrocinadora do estudo. De acordo com os documentos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1007017" e "ProjetoFIOCRUZFINAL", a pesquisa será realizada no Instituto René Rachou (IRR) / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como centro coordenador, e Hospital Sofia Feldman (HSF), como centro participante.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender o fenômeno da violência obstétrica e suas implicações no contexto de formação dos residentes de obstetrícia em um hospital de ensino do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Objetivos Secundários: 1. Descrever os conceitos de violência obstétrica concebidos pelos residentes; 2. Reconhecer as implicações da violência obstétrica no processo formativo dos residentes em obstetrícia; 3. Analisar as possíveis repercussões da violência obstétrica no fazer

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715

Bairro: São Preto

CEP: 30.130-002

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3349-7825

Fax: (31)3349-7825

E-mail: cep@cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Contribuição do Pesquisador: 2.640.000

profissional dos residentes; 4. Discutir os desafios vivenciados pelos residentes em sua trajetória formativa no que tange ao fenômeno.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nos documentos do protocolo da pesquisa, considerando-se as dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, dos participantes, há informações claras de riscos relacionados à ocorrência de desconforto, constrangimento ou emotividade dos participantes. Há também informações sobre os riscos de perda do sigilo e da confidencialidade e descrição muito detalhada do plano e das estratégias para minimização dos riscos de vieses de informação e de intervenção. Em relação aos benefícios, há descrição clara dos benefícios diretos e indiretos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é relevante, viável e guarda coerência entre o propósito da pesquisa e a metodologia adotada. O seu desenvolvimento não fere os princípios éticos em pesquisas com seres humanos, garantindo a privacidade dos participantes e autonomia dos mesmos em deixar o projeto em caso de desconforto. Nos documentos do projeto estão apresentados o risco-benefício da pesquisa, a definição da população de estudo, o processo de recrutamento, os critérios de inclusão e exclusão, o orçamento e cronograma do estudo. Os três aspectos do projeto que merecem maior atenção da relatoria e reflexão por parte das autoras foram ampla, devida e corretamente tratados, conforme registra o documento "DOCUMENTOEMRESPPOSTAPARECERCAE83292517". Mais sinteticamente, o título do projeto foi modificado, as medidas para minimização dos riscos de vieses de informação e interferência foram apresentados e a fundamentação teórica da estratégias de entrevistas foi detalhadamente inseridas no protocolo da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto: disponível e com as devidas assinaturas dos Termos de Compromisso do pesquisador, instituição e do patrocinador;

Termos de consentimento ("TCLEEntrevista" e "TCLEGrupoFoco"): estão disponíveis e com redação clara, simples e na forma de convite. O documento cumpre os requisitos exigidos pelas Resoluções No 466/12 e 510/2016;

Recursos humanos e materiais: estão disponíveis informações das responsabilidades do projeto, especificando as ações e atribuições de cada membro da equipe do projeto, da infraestrutura e do orçamento;

Declarações pertinentes: as declarações de anuência do centro proponente e do centro

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715

Bairro: Bero Preto

CEP: 30.190-002

UF: MG

Município: BELLO HORIZONTE

Telefones: (31)3340-7825

Fax: (31)3340-7825

E-mail: ceprr-cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

**CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/**



Continuação do Parecer 2.043.002

coparticipante estão disponíveis e devidamente assinadas.

Recomendações:

Atualizar o título do projeto na Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Vide "Considerações Finais a Critério do CEP".

Considerações Finais a critério do CEP:

Após submissão e análise criteriosa do protocolo em questão, constatamos que o estudo atende aos aspectos fundamentais da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Diante do exposto, o Comitê de Ética do IRR/FIOCRUZ Minas, de acordo com as atribuições a ele concedidas pela Legislação vigente, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Firma-se, diante deste documento, a necessidade de serem apresentados os relatórios anuais e final, bem como a notificação de eventos adversos, de emendas ou modificações no protocolo para apreciação do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1007017.pdf	24/03/2018 00:11:01		Aceito
Outros	DOCUMENTOEMRESPOSTAPARECE RCAAE83262517.pdf	24/03/2018 00:08:57	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
Outros	RoteiroObserParticipante.pdf	24/03/2018 00:05:50	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
Outros	RoteiroEntrevista.pdf	24/03/2018 00:04:20	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
Outros	RoteiroGrupoFocal.pdf	24/03/2018 00:03:56	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLENovo.pdf	24/03/2018 00:03:15	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProtocolodePesquisadoCEPQRRnovo.pdf	24/03/2018 00:02:22	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	ProjetoFIOCRUZnovo.pdf	24/03/2018 00:02:08	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito

Endereço: Avenida Augusto de Lima, 1715

Bairro: Belo Preto

CEP: 30.130-002

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3346-7025

Fax: (31)3346-7025

E-mail: cep@cpqrr@cpqrr.fiocruz.br

CENTRO DE PESQUISAS
RENÉ RACHOU/FUNDAÇÃO
OSWALDO CRUZ/ CPQRR/



Continuação do Parecer: 2.643.652

Investigador	ProjetoFIOCRUZnovo.pdf	24/03/2018 00:02:08	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	15/02/2018 21:44:19	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	15/02/2018 21:42:32	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	15/02/2018 21:41:47	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	CartaSofia.pdf	15/02/2018 21:36:36	Danúbia Mariane Barbosa Jardim	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 09 de Maio de 2018

Assinado por:
MARCELO PASCOAL
(Coordenador)