



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

saudesoc@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Regina Wolff, Leila; Regina Waldow, Vera  
Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto  
Saúde e Sociedade, vol. 17, núm. 3, julio-septiembre, 2008, pp. 138-151  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263702014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto

Consented Violence: women in labor and delivery

## Leila Regina Wolff

Enfermeira. Doutora em Ciências da Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM.

Endereço: Rua Visconde de Pelotas, 1071, apto 502, CEP 97015-140, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: leilarw@terra.com.br

## Vera Regina Waldow

Enfermeira. Doutora em Educação em Enfermagem. Professora Aposentada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - EEUFRGS.

Endereço: Rua Félix da Cunha, 533, CEP 90570-001, Porto Alegre, RS, Brasil.

E-mail: waldowvr@portoweb.com.br

## Resumo

O parto é um evento que integra a vivência reprodutiva da mulher e seu parceiro. Os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa vivência, desempenhando um importante papel ao colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável, humana e humanizadora. Este trabalho traz uma seção da tese de doutorado de uma das autoras, com o objetivo de denunciar como se dá a assistência em muitas das instituições de saúde, e que revela como várias das circunstâncias a que a mulher está sujeita no processo de parturição se caracterizam por ações de não cuidado e/ou como desumanização. Nesse recorte destacou-se os depoimentos de parturientes que evidenciaram o não cuidado e/ou a desumanização da assistência à mulher em trabalho de parto e parto. Os relatos evidenciaram um tipo especial de violência de gênero na área da saúde, uma violência consentida, conforme opinião das autoras, que ocorre com mulheres em trabalho de parto e parto.

**Palavras-chave:** Violência; Gênero; Parto; Enfermagem, Não cuidado; Humanização.

## Abstract

Delivery is an event that is part of the reproductive experience of a woman and her partner. Health professionals play an important role in that experience by putting their knowledge in the service of the woman's and her baby's welfare and helping them in the childbirth process in a healthy as well as humanized manner. The present study is a section of the doctoral dissertation of one of the authors and the objective was to reveal how assistance is provided at some health institutions. Several circumstances to which the woman in labor is subject are characterized by actions that were considered as non-care and/or dehumanization. This section of the dissertation shows a special type of gender violence in the health area, a consented violence, according to the authors' opinion, which occurs with women in labor and delivery.

**Keywords:** Violence; Gender; Labor; Nursing; Non-care; Humanization.

## Introdução

Ao longo da história, as mulheres são conhecidas como as mais prováveis vítimas de violência. A violência apresenta várias faces e, nesse texto, tem-se um tipo de violência bastante comum, que ocorre no cenário das instituições de saúde: uma violência consentida por mulheres em trabalho de parto e parto. São colocados alguns depoimentos que ilustram como ocorre essa violência e como ela é aceita. As atitudes apresentadas pelos profissionais, conforme se verá, foram consideradas desrespeitosas. Todavia, parte dos profissionais de saúde a encaram como normal e parte da rotina. Por outro lado, as mulheres em trabalho de parto e parto não reclamam e não emitem opinião, por medo, por opressão ou por estarem vivenciando um momento muito especial de suas vidas: o nascimento de seu bebê. Após finalizado o processo de parturição, tudo é alegria e os maus tratos são, de certa forma, esquecidos.

Os depoimentos trazidos neste texto são oriundos da tese de doutorado de uma das autoras, denominada: "Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto" (Wolff, 2004).

Para ilustrar de forma contundente a violência de que trata este estudo, coloca-se o depoimento de uma primípara de 28 anos. A seguir, são tratados alguns aspectos que fundamentam a questão de gênero e de violência, assim como são feitas algumas considerações sobre o parto, circunstância vivenciada pelas mulheres, vítimas de violência de gênero em instituição hospitalar, segundo a opinião das autoras.

*[...] O atendimento que tive, não achei dos melhores  
[...] eu não sei se é a tensão, se é o estresse na hora  
[...] era muita gente, era muito estudante, a minha  
experiência ali foi horrível! É uma situação cons-  
trangedora, fiquei com vergonha [...] fiquei das 9 da  
manhã, até às 6 horas da tarde, em cima de uma  
maca, todo mundo fazendo o exame de toque [vagi-  
nal], estudante, tudo, um horror de gente, como é  
que tu não vai se sentir mal? Estou com dor, sentin-  
do contração, é complicado, não tem como tu gos-  
tar, é horrível, mas o atendimento não é que tenha  
sido ruim, foi bom, foi profissional [a assistência],  
só que eu me senti mal pela situação [constrangi-  
mento] [...] eu não acho certo é aquele monte de estu-*

*dante lá em volta de mim, todo mundo fazendo exame de toque [vaginal] [...] vinha um, vinha outro, era um monte de gente [...] em questão de 10 em 10 minutos, eles estavam fazendo, era rapaz, moça, tinha de tudo, tudo bem jovem, me senti mal, eu gritava muito, eu sofri muito para ver se eu conseguia ganhar normal [...] eles iam lá para ver se tinha dilatação, tentavam puxar o cólo do meu útero também, foi horrível, estava muito lá em cima [o bebê]. Foi uma experiência que nunca imaginei que ia passar [...] eu não tenho que achar nada, eu não mando nada, eu acho muito constrangedor para uma pessoa, por mais que eles estão ali estudando, se aperfeiçoando, para eles é uma coisa natural, é normal, mas para mim não é, eu me senti mal [...]. Era muita gente, 20 pessoas mais ou menos numa sala, e eu sentada numa maca com as pernas abertas e com aquele pano por cima de mim, mas para lá todo mundo enxergava, onde eles estavam [...] era gente passando ali, saindo duma porta, entrando na outra [...] era horrível, isso aí eu não aceito, não gostei mesmo [...] eu achei constrangedor, eram várias mulheres ali em trabalho de parto, não podia ser uma coisa aberta assim [...].*

## Violência: violência de gênero

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define violência como a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. A violência contra a mulher, por seu turno, abrange a violência física, sexual e/ou psicológica e, segundo a Convenção de Belém do Pará, “[...] inclui qualquer ato ou conduta baseada no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (Comitê Latino Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher, 1996, p. 6).

Em relação especificamente à violência de gênero, é considerada a violência física, sexual e psicológica contra a mulher, manifestando-se por meio das relações de poder, histórica e culturalmente desiguais, ocorridas entre homens e mulheres.

Dias e Ramos (2003) definem a violência na esfera do campo semântico, compreendendo como sendo uma relação assimétrica, querendo significar hierarquia, poder, com fins de dominação, exploração e opressão.

Trazem também a noção de violência como a de desigualdade, de hierarquia e de objetificação. O ser vítima de violência caracteriza-se pela inércia, pela passividade e pelo silêncio e, por essas razões, ou seja, pela anulação, ocorre a violência.

Segundo Saffioti e Almeida (1995) ocorre uma “conspiração do silêncio”, significando que, em geral, não há denúncia de violência, impedindo, assim, tanto de forma qualitativa quanto quantitativa, que dados sejam revelados, evidenciando a gravidade e a magnitude desse fenômeno.

Se considerada como “um território fora do alcance da lei” (Pandjarian, 2007), isso ainda ocorre com relação a situações não habituais, onde mais se dá o fenômeno da violência de gênero. É o caso tratado neste texto – uma violência contra a mulher, vivenciando trabalho de parto e parto em instituição de saúde, por parte de profissionais da área da saúde, especialmente da área médica e do sexo masculino.

O projeto RHAMAS oferece informações sobre violência sexual e divulga metodologias e experiências de criação e fortalecimento de Redes Humanizadas de Atendimento às Mulheres Agredidas Sexualmente. Em textos do RHAMAS tem-se que violência não é condição particular das relações afetivas que se estabelecem exclusivamente no espaço privado. Também nas empresas e nas instituições públicas ela se faz presente no cotidiano de relações interprofissionais e interpessoais. Usuárias dos serviços públicos de saúde e segurança (para ficar no âmbito das instituições que tratam das pessoas em situação de violência) reclamam do atendimento desumano, da brutalidade com que se realizam determinados procedimentos e da forma como alguns funcionários e profissionais se dirigem à clientela e suas famílias (Leocádio, 2007).

Assim, complementa Leocádio (2007), enquanto alguns cidadãos são plenamente atendidos, outros podem ser profundamente desrespeitados, em unidades diferentes ou em um mesmo serviço, por membros de uma mesma equipe. Sendo praticados no âmbito das relações profissionais ou afetivas e íntimas, os atos violentos apresentam características comuns: relação de poder desigual entre os sujeitos envolvidos; imposição e força; medo, submissão e privação da liberdade, momentâneos ou duradouros. A violência é, portanto, a ação de um sujeito que, ao subjugar a outro, seja pela força física, pelo assédio moral ou sexual,

obriga-o a fazer algo que por sua livre escolha não o faria. Ação de quem se julga – por um momento ou indefinidamente – no direito de impor a sua vontade ou desejo a outra pessoa, tendo ou não consciência plena desse julgamento.

O tipo de violência focado por esse texto é de ordem física e psicológica, ao ocorrer uma manipulação vaginal desnecessária (realizada em demasia por inúmeras pessoas), desconfortável (às vezes, dolorosa) e constrangedora (motivo de vergonha e humilhação), além da intrusão da privacidade, de dificultar e tornar desagradável um momento tão especial na vida da mulher, que é o dar à luz.

## Conceituações sobre Gênero

Ao discutir o conceito de gênero, Scott (1990) descreve que deve ser entendido, primeiro, como um elemento constitutivo das relações sociais, que se baseiam nas diferenças perceptíveis entre os dois sexos e, em segundo, como forma básica de representar as relações de poder em que as representações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis. Esse pensamento é corroborado por Louro (1996, p. 9) quando afirma que “[...] gênero não pretende significar o mesmo que sexo, ou seja, enquanto sexo se refere à identidade biológica de uma pessoa, gênero está ligado à sua construção social como sujeito masculino e feminino [...]”.

O gênero é relacional enquanto categoria analítica e enquanto processo social. Saffioti (1992) escreve que o conceito de relações de gênero deve ser capaz de captar a trama das relações sociais, bem como as transformações historicamente por ela sofridas, por meio dos mais distintos processos sociais. Trama esta na qual as relações de gênero têm o seu lugar.

A elaboração sócio-cultural da diferenciação sexual, segundo Muraro e Boff (2002), fez com que fossem atribuídas aos homens as tarefas mais ligadas ao perigo físico, à conquista territorial, à dominação e ao jogo do poder sobre os outros. Isso é o que os estudos transculturais geralmente têm mostrado. Para Louro (1996), há uma somatização das relações de dominação, ou seja, os corpos das mulheres – sujeitos dominados – são espaços que incitam o poder.

Embora haja uma barreira (o lençol), que Bourdieu denomina barreira simbólica entre a vagina e a pessoa

(no caso do exame vaginal), o lençol refaz uma cintura que distingue a parte alta da parte baixa (e vergonhosa) e coloca, por outro lado, em função da posição do exame – deitada na horizontal, de pernas abertas, expondo o sexo – a mulher em sua total vulnerabilidade, submissa, passiva e prestes a parir. É uma violência consentida, porque não conscientizada como tal, ou melhor, como uma dominação (simbólica), conforme Bourdieu (1996).

A Medicina tem se caracterizado, historicamente, por ser uma profissão preocupada em obter benefícios, privilégios masculinos e controle sobre outras pessoas. Lovell (1981) afirma o uso e o abuso de poder da Medicina sobre as mulheres e elas são, por sua vez, consideradas no trabalho como esposas, enfermeiras e pacientes silenciosas, porém perfeitas parceiras dos médicos.

## Institucionalização do Parto

A arte de partejar é uma atividade que acompanha a história da própria humanidade e, particularmente, a história da mulher. Por muito tempo, foi considerada uma atividade eminentemente feminina, tradicionalmente realizada por parteiras. Segundo Bessa e Ferreira (1999), o processo de incorporação da prática obstétrica pelos médicos deu-se inicialmente na Europa, nos séculos XVII e XVIII, estendendo-se ao Brasil com a criação de Escolas de Medicina e Cirurgia nos Estados da Bahia e do Rio de Janeiro, em 1808. Assim, eram denominados de parteiros ou médicos-parteiros aqueles que exercessem essa atividade.

Na opinião de Osava (1997), na Europa a participação masculina no parto foi pouco freqüente até o século XVII. O relativo atraso da tocológia médica, quando se pensa na medicina como um todo, era em parte imputado a obstáculos de ordem moral, que impediam a entrada de homens nos aposentos da parturiente. A concepção do fenômeno de dar à luz como um evento fisiológico também contribuiu para manter a medicina longe do cenário da parturição. Os primeiros homens convocados no parto atendiam em situações especialíssimas, quase sempre dramáticas. Pouco conheciam da fisiologia e, nessas ocasiões, estavam mais interessados em hemostasia, suturas e drenagens.

Rezende (1998) descreve que a presença masculina no parto era vivida com inquietude pelos presentes, pois significava que algo ia muito mal. Antes dos ci-

rurgias, na maioria das sociedades primitivas, eram os médicos sacerdotes que auxiliavam as parteiras nas anomalias do parto, e a eles atribui-se a invenção dos primeiros instrumentos embriotômicos.

No Brasil, a assistência ao parto permaneceu nas mãos de parteiras por todo o século XIX. Del Priore (1995, p. 263) comenta que:

[...] esta coisa de mulher em que se constituía dar à luz requeria ritos e saberes próprios, em que os homens só interfeririam em casos de emergência e, sobretudo, nos centros urbanos. A presença masculina no parto era desconfortável, nem sempre bem vinda, porque, além dos médicos mostrarem-se em seus relatos absolutamente insensíveis à dor das parturientes, as mulheres pareciam também atingidas pelo tabu de mostrar seus genitais, preferindo, por razões psicológicas e humanitárias, a companhia das parteiras [...].

Assim, durante muito tempo, o momento do parto foi uma vivência exclusivamente feminina, uma intensa experiência corporal e emocional que levava as mulheres a se subjetivarem a partir desta. Esse aspecto é referido por Vasconcelos (2001), quando cita que as parteiras, as obstetrias, as enfermeiras obstétricas, além do envolvimento da própria condição feminina, no passado, eram detentoras de um saber que significava poder, prestígio e competência.

Del Priore (1995) escreve que o momento do parto não era só o leque de movimentos físicos aprendidos e descritos pela ciência médica. A dor e a angústia que envolviam a parturiente eram interpretadas por gestos e práticas de uma cultura feminina que, de certa forma, caminhava paralela ao olhar da medicina. Por meio dessa cultura feminina sobre o parto, as mulheres resgatavam sua individualidade e exercitavam suas alianças de gênero. Adestrada à madre, cuidada e sanada no sentido de tornar-se permanentemente procriativa, cabia às mulheres conceber e aos médicos historicizar esse momento de exclusiva vivência feminina, até a obstetrícia firmar-se como ciência.

No pensamento de Progiatti (2001) sobre o parto, a arte de partejar fora milenarmente constituída como saber-poder feminino, rico em saberes populares, orientado pela intuição e pela experiência vivida no cotidiano. Não obstante, no processo de medicalização da

sociedade, tal prática foi transformada em saber-poder-fazer masculino.

A propósito do fim da feminização do parto, Osava (1997) escreve que a entrada em cena dos médicos e de seus instrumentos colocou as parteiras em segundo plano e marginalizou a comunidade de mulheres dos acontecimentos que marcavam o nascimento. No século XX, passou a predominar o parto hospitalar, sobretudo após a Segunda Guerra Mundial. A mudança criou condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, a exemplo da episiotomia e do fórceps profilático. O ato de dar à luz, antes uma experiência profundamente subjetiva, de vivência no ambiente domiciliar para a mulher e sua família, transformou-se em experiência no âmbito hospitalar: um momento privilegiado para o treinamento de acadêmicos e residentes de medicina e obstetrias.

A prática da assistência ao parto, mesmo tendo as parteiras à frente desse cuidado, passou a ser vista como ato privativo do médico. Os profissionais não-médicos, em que se incluem as enfermeiras, inclusive as enfermeiras obstetras, realizam o parto normal, na maioria das vezes, por insuficiência de cobertura médica, apesar de existir, desde 1986, a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Lei nº. 7.498/86), que assegura a autonomia da enfermeira na consulta de enfermagem à gestante, assistência à parturiente e puérpera e o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e execução do parto sem distócia.

A enfermagem é uma profissão constituída em sua base histórica por mulheres, muitas vezes considerada como profissão hegemonicamente feminina; por essa razão, existe uma questão de gênero e poder em relação aos profissionais médicos. Ocorre uma história de submissão feminina desde a infância, perpassando a vida adulta, além da história da formação de parteiras e enfermeiras obstétricas, que possuíam conhecimento próprio e domínio feminino desse saber, do qual a medicina se apropriou e transformou em saber-poder masculino (Vasconcelos, 2001).

Souza (2000) faz uma reflexão sobre o processo de cuidar/assistir à mulher, em que a reconhece em situação de desigualdade em relação aos homens. Isso porque discutir avanços do modelo assistencial da obstetrícia significa pensar em cidadania feminina, o que exige uma reflexão sobre os papéis adotados nas



relações entre homens e mulheres, as chamadas relações de gênero. Assim, as diferenças que existem entre homens e mulheres (que não são desigualdades) são menos resultantes da biologia e mais da cultura construída através dos séculos.

Os profissionais de saúde na atuação ao parto normal, independente da relação de gênero, estão buscando melhorar a atenção dispensada às parturientes e ampliando a assistência no contexto igualitário, ou de igualdade social. O relacionamento interprofissional, respeitados os saberes de cada categoria, auxilia no atendimento à mulher em trabalho de parto e parto, garantindo a qualidade da assistência e a satisfação da clientela. Na mudança de paradigma em relação à humanização da assistência, isto se torna imprescindível na visão holística da atenção à mulher.

O que se observa é que, apesar dos esforços em torno da humanização da assistência, persiste uma assistência onde prevalece o poder e, com isso, no caso da mulher parturiente, a ocorrência da dominação simbólica, conforme referido anteriormente por Bourdieu (1996). Acredita-se, todavia, que essa dominação extrapola e recai na desumanização, constituindo-se em atos de violência, como é constatado nos depoimentos das parturientes do estudo. O testemunho de uma primípara de 16 anos, a seguir, ilustra melhor o aspecto da humanização:

*[...] Assistência humanizada é dar toda aquela assistência que precisa, mas não precisam ser tão estúpidos, tratar a gente pelo menos bem [...] mas se tratam a gente mal, tem que reclamar, por mais que não esteja pagando é um direito que a gente tem de dar a nossa opinião [...] uma hora quando eu senti uma dor muito forte uma [profissional] alterou a voz comigo, disse que qualquer coisa não era para eu gritar, era para eu ficar quieta Daí ela disse 'na hora foi bom, tu não sentiu dor, porque agora tu tem que sentir' Daí então eu me isolei e não falei nada [...].*

O depoimento acima revela o abuso de poder, além da desumanização. Verifica-se, além disso, a existência de atitude preconceituosa em relação à liberdade sexual, à adolescência e ao gênero. Trata-se de uma situação que merece ser discutida pelos profissionais do serviço, com a finalidade de modificar a postura e a atitude dos que lidam com a parturiente, procurando transmitir-lhe mais dignidade e respeito ao atendê-la.

## Metodologia

O presente recorte, como já referido anteriormente, fez parte de uma investigação de tese de doutorado cujo tema estudado foi as representações das mulheres sobre a assistência no trabalho de parto e parto. Teve como objetivo descrever, analisar e discutir as representações das mulheres sobre a assistência prestada no trabalho de parto e parto, com perspectivas de humanização. A Teoria das Representações Sociais foi eleita nesta pesquisa porque se pretendeu olhar o fenômeno na perspectiva do sujeito que o vivencia, conhecendo o pensamento de mulheres em trabalho de parto e parto sobre a assistência recebida nesse momento de suas vidas.

No processo de construção das representações, o saber é gerado por meio da comunicação na vida cotidiana, com a finalidade de orientar os comportamentos em situações sociais e transformação do não-familiar em familiar (Moscovici, 1978). Assim, considera-se que a representação é forma de conhecimento prático, elaborada e partilhada socialmente, o que implica na construção de uma realidade comum aos sujeitos que dela participam (Jodelet, 2001).

As mulheres foram selecionadas observando-se o critério de terem permanecido internadas no Centro Obstétrico do Hospital onde se realizou o estudo e em trabalho de parto durante, pelo menos, seis horas. As mulheres que aceitaram fazer parte do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (Clotet e col., 2000). Foi mantida a privacidade das depoentes, respeitado seu anonimato e o sigilo das informações em seus aspectos éticos.

Participaram do estudo 33 mulheres, caracterizadas segundo o respectivo perfil. Para a obtenção das informações, foram aplicadas as técnicas de Associação Livre de Idéias e entrevista; para a análise dos depoimentos foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (1977). O período para a coleta das informações junto à clientela ocorreu durante três meses ininterruptos.

O desenvolvimento da técnica de associação livre ocorreu antes do início formal da entrevista, a fim de que as idéias associadas ficassem livres de contaminação das questões que se seguiriam, a respeito da assistência recebida. Ressalta-se que, previamente à

aplicação da técnica, foi realizado um treinamento através de exemplos, para que as mulheres pudessem entender melhor o que estava sendo proposto pela pesquisadora.

O cenário do estudo foi o Centro Obstétrico de um hospital-escola de uma cidade do sul do país, hospital público federal, de grande porte, destinado ao ensino, à pesquisa e à assistência à comunidade; trata-se de uma instituição que é referência para a região Centro-Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos à luz da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal onde foi realizada a pesquisa, sob registro número 115/03.

Na análise e discussão do estudo foram extraídas três categorias temáticas, quais sejam: “a instituição hospitalar”, “a assistência à mulher” e “a humanização da assistência”. A categoria “a assistência à mulher” ensejou três subcategorias: “o cuidado”, “o não-cuidado” e “a identificação dos profissionais”.

A justificativa por ter-se elaborado um recorte do estudo deveu-se ao impacto causado pelos depoimentos das mulheres. Cumpre salientar que, embora a questão de gênero tenha sido abordada, mesmo que de forma breve, a questão da violência não foi tema de análise. Esse foi um tema deixado para ser comentado posteriormente, pois foi considerado bastante grave e merecedor de uma discussão em caráter mais isolado, sem, contudo, perder a relação com o contexto do estudo.

## **Discussão de Autores x Depoimentos: o não-cuidado, a desumanização, a violência**

O estudo desenvolvido por Wolff (2004) constatou que embora as entrevistadas tenham elogiado o atendimento quanto ao aspecto relacional e valores humanísticos, identificaram elementos de não-cuidado, os quais foram bem graves, apontando a necessidade de uma mudança de postura e atitude por parte de alguns profissionais.

Convém notificar que a instituição hospitalar do estudo apresentado é uma instituição de caráter público, hospital-escola que atende pelo Sistema Único

de Saúde (SUS), o que talvez explique os maus-tratos às parturientes, embora não os justifiquem. Contudo, essa é uma realidade bastante comum nas instituições públicas, cujas atitudes dos profissionais divergem das assumidas em hospitais da rede privada. O que agrava a situação é o fato de tratar-se de uma instituição de referência na região e de a unidade obstétrica ser de atendimento às gestantes de alto risco.

A gestação, parto e puerpério constituem experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo, enriquecedora para todos os que dela participam. Os profissionais de saúde são coadjuvantes dessa experiência e nela desempenham importante papel, colocando seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê; ajudando-os no processo de parturição e nascimento de forma saudável (Brasil, 2001).

É fundamental que o acompanhamento de trabalho de parto e parto seja um momento de confiança e segurança entre profissional e cliente. Necessário se faz um cuidado com orientações a cada procedimento, valorizando a participação ativa das parturientes e respeitando o momento de dor.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001, p. 10) enfatiza a necessidade de reconhecer a individualidade e humanizar o atendimento, significando que o profissional deve estabelecer com cada mulher um vínculo, percebendo suas necessidades e sua capacidade de lidar com o processo do nascimento. Refere-se também a: “[...] relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de assumir o comando da situação, passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e a criança [...]”.

Waldow (2004) descreve que clientes, de forma geral, percebem a diferença entre comportamentos de cuidado e de não-cuidado. Nem sempre, todavia, têm oportunidade de reconhecê-los no momento em que ocorrem, ou de verbalizá-los. Em geral, as situações negativas de não-cuidado e de ameaça são lembradas porque a dor, o medo, a insegurança com sua própria condição se tornam o ponto central. Situações negativas, por vezes, tornam-se traumáticas para as pacientes, influenciando na sua percepção no que se refere à hospitalização, aos profissionais de saúde e ao cuidado, dentre outros aspectos.



O depoimento de uma primípara de 28 anos, a seguir, ilustra o não-cuidado:

*[...] Teve algumas enfermeiras [equipe de enfermagem] ali, que não estavam no dia delas [...] porque a gente sente uma certa estupidez quando elas falam, porque aquilo ali vai se tornando uma coisa cansativa, é uma hora, é duas horas, não vai e não anda [o trabalho de parto], e tu com dor, sangrando e uma coisa e outra, bota uma roupa e suja outra, a gente sente que elas se irritavam, elas diziam: [...] ‘Mas não dá para cuidar, já sujou toda roupa de cama, daqui a pouco não vai ter mais camisola nem lençol, vou te deixar toda suja’. [...] Tu sente uma irritação, começam a se irritar com a gente, como se a gente fizesse aquilo porque quisesse fazer [...]. Sei que é da enfermagem, mas não sei o que ela é [se é enfermeira, técnica ou auxiliar] [...].*

Nos depoimentos, quanto ao descontentamento com a assistência recebida durante a internação obstétrica, ressalta-se um relato acerca da indiferença de alguns profissionais, que a depoente descreveu como se eles estivessem “acostumados a ouvir as lamúrias” das parturientes, e não fossem capazes nem mesmo de olhar na direção delas.

*[...] Tem indiferença de alguns profissionais [...] nem olhar para gente, para ver a gente gritando [...] aquilo ali é rotina deles, mas é que a gente está ali gritando de dor e tem uns que ficam lendo na nossa frente e não são capazes de olhar, eu acho indiferença [...] são profissionais, eles lidam com isso todo dia [...] se acostumaram [...] não acho bom, porque o paciente está ali, precisando de assistência, que alguém fique ali, pode ser uma pessoa próxima, um parente, que entre só para ficar juntos, já que eles tem outras coisas para fazer [...] gostaria que o profissional fosse mais esforçado, para olhar a gente mais vezes [...] mas eu acho que às vezes não é possível [...] (secundípara de 30 anos).*

Percebe-se, em vários depoimentos, a presença de modos de ser com o paciente que são negativos, ou seja, essas atitudes configuram o não-cuidado à cliente, quando o profissional de saúde mostra-se indiferente e insensível a ela. Não existe envolvimento dele no modo de cuidar, mostrando uma desatenção em relação a ela, levando-a a sentir-se desvalorizada como pessoa.

Para Leocádio (2007), a humanização como processo relacional baseia-se na capacidade dos indivíduos - que se adquire, desenvolve e aprimora - de compartilhar os sentimentos dos semelhantes, sendo capaz de perceber o sofrimento, compadecer-se, buscar minorá-lo e evitá-lo, se possível. Podem-se compartilhar sentimentos e emoções oriundos da alegria ou da tristeza. Compadecer-se é identificar-se com o sofrimento do outro. Simpatizar também é sentir junto, ou do mesmo modo, um pelo outro, porém, a simpatia promove um encontro feliz entre dois indivíduos, e a compaixão promove o encontro na tristeza, no sofrimento.

Apesar do preconceito contra a compaixão, é ela que possibilita o acesso à condição humana, posto que seu contrário é a indiferença, a frieza, a insensibilidade, a secura de coração, a dureza e a crueldade. No momento em que agride, ao agressor não interessam os apelos de sua vítima, tem enjôo de seus lamentos, que lhe parecem uma provocação. Tratando a vítima como objeto, negando-se a reconhecer sua dor, impondo-lhe uma situação contrária ao seu desejo, obrigando-lhe a fazer o que não concorda, que moralmente não aceita, o agressor avilta a liberdade da pessoa agredida, e percorre a trilha da violação dos direitos humanos (Leocádio, 2007).

No próximo depoimento, a entrevistada, uma primípara de 22 anos, reclama, além da indiferença do profissional, da falta de orientação:

*[...] O que eu não gostei foi daquele doutor da noite, que me deixou lá e não fez o meu parto [...] ele não explicava nada, eu perguntava e ele não me explicava, só dizia que não dava, que não tinha dilatação, que não tinha isso, que não tinha aquilo, virava as costas e saía e às vezes ele estava sentado na minha frente, eu chamava ele não vinha [...] ele dizia: Tu tem que esperar, só isso, nem me examinava [...] ele estava sentado na cadeira olhando uma revistinha, isso que eu achei mais debochado, porque se ele está ali, ele está ali para atender os pacientes, não fui só eu que reclamei aquela noite, teve mais gente [...] já era madrugada [...] as enfermeiras foram bem atenciosas comigo [...].*

Algumas reflexões de Oliveira e colaboradores (2001) afirmam ser o ponto básico na humanização a comunicação e o relacionamento entre as pessoas, baseados no respeito das próprias individualidades,

expressando-se através de gestos de amor, do ouvir o dito e o não-dito, do observar, tomando como veículo técnicas específicas que só serão humanizadoras se houver envolvimento do profissional com o cliente. E nesse sentido, complementam as autoras, é preciso existir um clima de respeito, confiança e afeto entre os membros da equipe.

Segundo Stefanelli (1993), o linguajar utilizado na relação entre o profissional de saúde e a cliente precisa ter o mesmo significado para ambos; caso contrário, o processo de comunicação não ocorrerá. E, se a comunicação não ocorrer efetivamente, o cuidado prestado pode ser afetado profundamente. A comunicação deve ser considerada como competência interpessoal a ser adquirida pelo profissional de saúde que, ao usá-la de modo terapêutico, permitirá que atenda a cliente em todas as suas dimensões.

As mulheres entrevistadas também questionaram sobre o número de pessoas que ficam ao seu redor, constrangendo-as por estarem descobertas. Da mesma forma, os procedimentos, quando feitos repetidamente, deixavam-nas mais nervosas e contraídas naquele momento. Nesse sentido, os profissionais devem tratar a mulher com respeito e privacidade para não causar constrangimentos e inibições e, assim, contribuir para a evolução do trabalho de parto e parto, evitando dificultá-los. A expressão a seguir, de uma secundípara de 30 anos, revela essa idéia:

*[...] A gente fica ali muito exposta, porque eram muitos estudantes, muita gente, ficam 10 [pessoas], mais ou menos, não sei quantos, a gente não pensa naquela hora, quer logo que termine, que eles examinem, vejam o que tem que fazer logo, porque não tem vergonha naquela hora [...] a gente quer sair dali, quanto mais rápido é melhor [...] quer que nasça, por causa das dores [...] é um pouco desagradável, mas são opiniões diferentes, porque se tiver só um profissional e aquele profissional dizer que dá para ser normal e pronto, aí vai ter que ficar até [ganhar o bebê] o toque [vaginal] era feito por mais pessoas, tinha uma médica que estava fazendo, depois trocou o plantão, aí veio mais gente, acho que uns dez estavam lá [...] uns cinco mais ou menos fizeram o toque na mesma hora [...] fizeram, e depois passava um tempo, e aí vinham tudo ao redor de novo [...] incomoda um pouco, incomodou*

*porque machuca a gente [...] mas tinha que fazer, eu achei que fosse normal também [...].*

A classificação das práticas no parto normal traz claramente aquelas utilizadas de modo inadequado, consideradas, pelo Ministério da Saúde, como prejudiciais ou ineficazes e que, portanto, devem ser eliminadas ou reduzidas (Brasil, 2001). Entre elas, constam toques vaginais frequentes e realizados por mais de um examinador. Constata-se que essa é uma prática, infelizmente, constante, isto é, a realização de toques vaginais com maior frequência e por vários profissionais, em intervalos de tempo pequenos, prejudica a evolução fisiológica do trabalho de parto e parto, causando desconforto e edema de vulva. Ainda esse documento apresenta outras classificações como práticas úteis, que devem ser estimuladas, considerando essencial o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.

*[...] Menos gostei, foram os toques, porque, no começo doía, não gostava quando eles [os médicos] vinham [...] doía, era ruim, porque tinha gente que fazia com calma e outros que não [...] eles chegavam e diziam: Vamos examinar, vamos ver como é que está, e aí eu deixava [...]. Aí vinha todo mundo, todo mundo queria fazer [...] vários [...] quatro fizeram exames de toque [vaginal] [...] senti nesse momento vergonha, porque era homem, eu só não ficava envergonhada quando eram as mulheres que vinham fazer [...] tem diferença [...] dá vergonha [...] eles sempre deixavam coberto para as pacientes do lado não olharem [...] (primípara de 15 anos).*

Em nossa cultura, tendo o homem e a mulher aprendido que a genitália deve ser escondida, principalmente a feminina, sentem-se muito ameaçados ao imaginar que estes deverão ser expostos pela mulher no momento do parto. E no caso da parturiente, segundo Ávila (1998), a mulher está condenada não só a expor sua intimidade, mas também a se expor intimamente para várias pessoas desconhecidas no trabalho de parto e parto. Segue acrescentando que “[...] é vergonhoso, para uma mulher que aprendeu desde menina que deve sempre ‘fechar as pernas’, ter de ‘abri-las’ para parir e achar essa posição normal [...]” (Ávila, 1998, p. 112).

Veja o depoimento de uma primípara de 22 anos:

*[...] No início eu fiquei com vergonha, de chegar lá e*

*ficar com as pernas levantadas e aquele monte de gente (acadêmicos de medicina) me olhando; fiquei constrangida, mas depois não tinha porque já estava ali, e foi tudo correndo numa boa mesmo, as enfermeiras, os médicos estavam sempre dando apoio, te incentivando. É só fazer o que a gente está falando, vai ver que não vai sentir muita dor [...] eles conversaram, me deixaram bem calma, bem tranqüila [...] a enfermagem me orientou direitinho e correu tudo numa boa [...] é só o momento do impacto quando chega, não conhece as pessoas, não sabe quem são, mas depois que tu está lá, vê que são as pessoas que estão ali para te ajudar, para fazer nascer teu bebê, daí tu te acalma [...] fizeram toque, olhavam se tinha dilatação, verificavam a pressão, os batimentos cardíacos do bebê [...].*

Vários dos depoimentos reforçam os fatores vergonha e constrangimento pela avaliação da dilatação cervical, realizada de forma a deixar a mulher desnudada e observada por várias pessoas (profissionais docentes, acadêmicos e profissionais do próprio serviço), sem preocupação com a individualidade da parturiente à qual prestavam assistência.

*[...] Quando a gente chega aqui, se a gente vem deitada, com aquela dor horrível para ganhar, com dilatação, eles simplesmente botam um pano na gente e colocam as luvas e fazem exame de toque, mas depois não, na sala [pré-parto] onde ficam umas quantas [mulheres], eles simplesmente tiram o lençol de cima da gente e fazem o exame de toque, é desagradável porque não passa uma, duas pessoas ali, fica todo mundo olhando, a gente se sente mal, não tem como a gente se sentir bem, a gente está descoberta e eles fazendo exame de toque, todo mundo passando e vendo, então é desagradável [...] tem uma cortina que dá para colocar, porque é horrível estar ali fazendo exame de toque e todo mundo olhando... é um só que faz o toque, mas fica uns quantos em volta [...] (primípara de 16 anos).*

Dias e Ramos (2003, p. 48) trazem a violência simbólica ou violência psicológica, “[...] quando submete um indivíduo à exposição de seu corpo durante a prestação de cuidados, sem resguardar a sua privacidade e sem respeitar seus valores culturais e religiosos”. Acrescentam ainda que muitos trabalhadores presenciavam situações de violência e as omitem ou acobertam

o agressor, temendo atrair antipatias e inimizades.

O Ministério da Saúde complementa afirmando que é importante na humanização do parto “[...] considerar os desejos e valores da mulher e adotar uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e eliminando as agressões verbais e não-verbais [...]” (Brasil, 2001, p. 27).

O depoimento de uma adolescente com 16 anos de idade, primípara, mostrou que a equipe de saúde faltou-lhe com o respeito e houve um abuso de poder, assim percebido pela entrevistada, que relatou:

*[...] A assistência daqui, o tratamento deles é horrível, porque cada um trata a gente de um jeito, tem uns estúpidos e tem uns que não [...] eu fui bem tratada por alguns e maltratada por outros. Foi ruim, porque tem aqueles exames de toque [vaginal], eles [médicos] machucam muito a gente, é toda hora aquele exame de toque, é um atrás do outro, a gente fica não querendo mais ter filho porque toda vez que a gente sente uma dor vem aquele exame de toque, daí parece que piora mais ainda [...] machuca a gente [...] era mais do que um [profissional], dois fizeram toque, um atrás do outro [...] na parte do toque eu me senti mal [...] foram não digo agressivos, mas estúpidos [...] um pelo menos me xingou porque eu estava apavorada de tanto toque que estavam me fazendo [...] ficava muito constrangida e alguns xingavam que eu não parava quieta, mas eu tentava colaborar [...] alteravam a voz [...] eu acho que a gente tem que conversar e ir com calma, não chegar simplesmente e mandar a gente ficar de um jeito e não explicar o que vão fazer na gente. Para tudo tem uma explicação. E não chegar e já fazendo exame de toque sem a gente saber [...] tem que conversar, explicar, acalmar as pessoas [...] isso fica constrangedor para gente [...].*

O depoimento abaixo também referiu uma situação de não-cuidado, ilustrando momentos de indignação com o fato de que, nas trocas de plantão, muitas vezes não era passado o serviço pelos profissionais e a conduta terapêutica anterior não era transmitida para a equipe do dia. Não porque o quadro assim o exigisse, mas porque o profissional que recebia o plantão pensava diferente, tinha procedimentos e condutas diferenciadas. Outro aspecto foi o abuso de poder sobre a mulher e a falta de valorização de sua partici-

pação nas decisões quanto às condutas adotadas em seu atendimento.

*[...] Eu cheguei segunda-feira de noite, era um plantão, a médica residente passou para o médico que estava comigo e o médico disse que era para fazer cesárea. Embora eu não quisesse, mas ele estava falando que era melhor para mim, eu tive que aceitar é claro, não vou discutir com um profissional que sabe mais do que eu. No outro dia de manhã, eles foram me deixando por causa da anestesia, tinha que ficar em jejum e aí no outro dia de manhã, chegou uma residente e queria induzir o parto, sendo que na minha ficha já estava tudo explicadinho, que eu não tinha como ganhar induzido, o médico do plantão da noite já tinha deixado dito que mesmo se eu ficasse cinco dias induzindo eu não ganhava, que a criança ia passar da hora, teria complicação e ela insistindo em fazer [...] a sorte que tinha uma médica que estava junto com o doutor no plantão, não sei se ela era residente ou não, e disse assim: Não está certo, porque ele já tinha encaminhado a baixa [...] quando uma médica residente chegou querendo desfazer o que o médico já tinha deixado dito que era para ser feito [mudança na condução do tratamento], isso eu não gostei [...] eles não me perguntavam: O que tu acha mãe, de tal coisa? Assim, deles virem perguntar a gente vai fazer tal coisa porque está fazendo assim, está acontecendo isso, eles não me perguntavam, eles só me diziam, não perguntavam minha opinião no caso, embora não fosse resolver, mas gostaria que tivessem feito [...] (primípara de 22 anos).*

O depoimento expressa também uma relação de poder, sendo o profissional o detentor do conhecimento, do saber. Inclui sentimentos de frustração, fraqueza, submissão e impotência diante do profissional e da instituição. Ressalta o saber-poder hierarquizado e reforçado institucionalmente pelo domínio médico sobre o cliente e, em outros momentos, sobre os profissionais de enfermagem. Fica claro o poder exercido pelo médico na execução do procedimento que é de sua competência, embora se observe o relato de dualidade de opiniões ou condutas adotadas. Além da falta de organização nas condutas ou atitudes, que levam à insegurança das mulheres, evidencia-se também o domínio sobre a cliente e a negação da sua autonomia.

A cliente, nessa situação, configura-se em receptáculo de uma ação autoritária, sem nenhuma possibilidade de interferir, sem poder emitir seu parecer ou fazer respeitar os seus direitos e desejos. A competência científica e a tecnologia têm maior destaque do que a qualidade de vida ou o bem-estar da clientela.

A falta de atenção e a indiferença tornam-se rotina para os profissionais que se esquecem do ser, da pessoa que está ali sob seus cuidados. Em um dos exames de ultra-som, uma parturiente secundípara de 19 anos declarou:

*[...] eu acho uma falta de consideração e de respeito quando uma pessoa está num ambiente fechado, fazendo algo com outra pessoa, não tem que estar atendendo celular. Eu acho um desrespeito, até porque na hora que ela estava fazendo meu ultra-som, estava atendendo o celular; o exame foi bem rapidinho, mal entrei na sala e já saí de novo [...].*

No atendimento à clientela, algumas situações acontecem dessa forma, o que demonstra a necessidade de uma mudança de atitude dos profissionais, como preconiza o Ministério da Saúde em suas normas sobre a Assistência Humanizada à Mulher e ao Nascimento, referindo que é: “[...] um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes [...]” (Brasil, 2001, p. 38).

Complementando esse pensamento sobre a desatenção dos profissionais, Oliveira e colaboradores (2001) referem que as atitudes dos profissionais que integram o mundo da maternidade são fundamentais para a humanização do cuidado. Tais profissionais devem estar abertos e disponíveis ao diálogo, às mudanças, a compartilhar conhecimentos, a incorporar novos conhecimentos oriundos de outras disciplinas, ou seja, a uma atitude interdisciplinar e integrada. Os profissionais passam a falar a mesma linguagem, não se contradizem, não tomam atitudes opostas; ao contrário, se complementam e, conseqüentemente, todos esses aspectos se refletem na qualidade da experiência parturitiva, ao serem percebidos pela mulher/parturiente e família, que se sentem mais tranquilas e seguras. Por outro lado, segundo as autoras, passa a existir uma cumplicidade na equipe, diminuindo o estresse e ampliando as possibilidades de su-



cesso, reduzindo ou eliminando os riscos ocasionados pelas condutas isoladas e descontextualizadas. Enfim, a interdisciplinaridade integrada humaniza a equipe e, conseqüentemente, a assistência.

No estudo de Wolff (2004), os depoimentos das parturientes referiram mal-estar e maus-tratos, pois os profissionais, na maioria médicos, predominando o sexo masculino e alguns profissionais da enfermagem, xingavam, alteravam a voz, eram impacientes e estúpidos, além do desconforto da posição, de ficarem horas expostas e pelos toques vaginais repetidos e desagradáveis, por vezes dolorosos. As parturientes que compõem uma parcela depoente no presente texto se caracterizaram, ainda, por uma atitude de opressão, ao se submeterem à dominação, representada por uma violência especial de gênero no âmbito da saúde. Referem não reclamar porque os profissionais estão ali para ajudar a nascer o bebê, portanto, têm de aceitar as humilhações, como relatou uma primípara de 22 anos: “[...] não vou discutir com um profissional que sabe mais do que eu; [...] não perguntavam a minha opinião [...]”.

Por outro lado, têm medo de não serem atendidas (por causa do bebê) e mantêm-se caladas, ou porque, como referiu uma primípara de 16 anos “[...] não me sentia à vontade para perguntar nada [...] porque algumas eram estúpidas então a gente fica com aquela coisa [preocupação], se eu perguntar alguma coisa para alguém vão me xingar, ser estúpidos comigo, então eu não perguntava, me isolava um pouco [...]”. O seu silêncio demonstra a passividade, a aceitação, se consideram inferiorizadas e, mesmo tentando fazer-se ouvir, não obtêm resultados. As parturientes pensam ou fazem acreditar que é normal, afinal, relata uma secundípara de 30 anos: “[...] aquilo ali é a rotina deles [...], a gente tem que aceitar todos os tratamentos, não pode reclamar de nada [...]”.

## Considerações Finais

Humanizar pressupõe o desenvolvimento de algumas características essenciais ao ser humano, entre elas as que se fazem urgentes e necessárias em todos os aspectos, como a sensibilidade, o respeito e a solidariedade. Humanizar a assistência implica em humanizar os profissionais de saúde, em humanizar as pessoas. Inclui a atitude e a postura que se assume diante da vida e do modo como interagir com os outros. Sendo

assim, o custo da humanização é do tamanho da vontade de cada um.

Boff (2004, p. 89) refere que “[...] o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição do ser humano. É um modo de ser singular do homem e da mulher. Sem cuidado deixamos de ser humanos [...]”. Traduzindo, o cuidado é a base que possibilita a existência humana. O mesmo autor complementa que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o outro que, então, passa a se dedicar a ele; dispondo-se a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.

Acrescenta ainda que: “[...] cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e envolvimento afetivo com o outro [...]” (Boff, 2004, p. 33).

Waldow (2006) compartilha a visão de Boff ao referir que o cuidado é o que caracteriza a condição humana do ser, preferindo usar cuidado ou não-cuidado ao referir-se à humanização e à desumanização, já que o cuidado inclui o humano.

A violência é também um ato desprovido de humanidade, pois ao impor a outra pessoa a condição de objeto, o sujeito desta ação também se desumaniza, já que para ser humano é preciso tornar-se humano. Humanizar-se é um eterno vir a ser, que exige atualização a cada instante em que se age e a cada relação que se estabelece. O processo de humanização é uma via de mão dupla, conforme Leocádio (2007).

Usando outra terminologia, são as relações de cuidado que se travam, ou seja, as pessoas expressam comportamentos de cuidar compartilhando esses comportamentos com os outros, tais como respeito, consideração, interesse, atenção, generosidade, delicadeza, entre outros (Waldow, 2004).

Nos depoimentos apresentados neste texto visualizou-se o não-cuidado, a desumanização e a violência a que foram sujeitas algumas das parturientes do estudo em pauta. Como se afirmou no princípio: é uma violência consentida por parte das mulheres que se submetem, porque principalmente temem pelo bebê, pelo atendimento, pela condição de desigualdade (o médico é o detentor do conhecimento, da habilidade técnica; a paciente não paga).

Dias e Ramos (2003) também mencionam circunstâncias caracterizadas por violência na área da saúde, que denominaram de violência pela falta de solidariedade e sensibilidade e que foram relacionadas, na sua maior parte, ao desenvolvimento de técnicas, procedimentos inadequados, falta de informação, negligência, indiferença e desrespeito, assim como a desigualdade. As ações educativas, fundamentais na atuação do(a) enfermeiro(a), aliadas ao amor, constituem-se a base da prevenção desse fenômeno.

Segundo as participantes do estudo de Dias e Ramos (2003), os caminhos para a prevenção da violência, no que diz respeito ao cuidado, são: reconhecer a educação como imprescindível e o amor como essencial; tomar a educação como o caminho da emancipação = educação emancipadora; buscar a transformação da realidade; denunciar com compromisso; humanizar a assistência; relembrar, reaprender, reeducar a condição humana; respeitar o próximo; utilizar o toque terapêutico; melhorar a comunicação cliente/equipe de enfermagem; motivar a valorização e a auto-estima entre os integrantes da equipe de enfermagem; atribuir valor ao próximo; relacionar o amor ao compromisso com o próximo; resgatar a dignidade; assumir a ética como norteadora das ações do cuidado e/ou do processo de cuidar e, (re) pensar a vida.

Buscou-se, por meio desse recorte de pesquisa, destacar a questão da violência de gênero cometida em uma instituição de saúde por profissionais da enfermagem e da área médica, principalmente, em mulheres em trabalho de parto e parto. Ao destacar esse tipo de violência, as autoras concluíram que os profissionais agem de forma abusiva e desrespeitosa, mostram preconceito e tratam as pacientes como objetos. Os toques, em número exagerado e sem delicadeza ou respeito pelo ser, são inclusive fator de risco à parturiente e ao bebê. O que torna suas atitudes graves é que parecem não se dar conta de suas ações de não-cuidado ou desumanizadas e são parte de atitudes rotineiras. As mulheres, por sua vez, não ousam reclamar, mesmo desagradadas e sentindo dor e constrangimento, por medo, por vergonha e por se sentirem inferiorizadas perante uma suposta autoridade dos donos do saber; outras por constatarem serem as atitudes dos profissionais como parte do seu fazer e, portanto, supõem seja normal. Não parecem estar usufruindo de um direito, e sim de um favor.

## Referências

- ÁVILA, A. A. *Socorro, doutor! atrás da barriga tem gente!* São Paulo: Atheneu, 1998.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Rio de Janeiro: Ed. 70, 1977.
- BESSA, L. F.; FERREIRA, S. L. *Mulheres e parteiras: contribuição ao estudo do trabalho feminino em contexto domiciliar rural*. Salvador: GRAFUFBA, 1999.
- BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano-convivência com o mundo*. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BOURDIEU, P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: LOPES, M. J. M. et al. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artmed, 1996. p. 28-40.
- BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Lei do Exercício Profissional da Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 26 jun. 1986.
- COMITÊ LATINO AMERICANO E DO CARIBE PARA A DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER. Instituto para Promoção da Equidade, Assessoria, Pesquisa e Estudos. *Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, 'Convenção Belém do Pará'*. São Paulo: KMG, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF, 2001.
- CLOTET, J.; GOLDIM, J. R.; FRANCISCONI, C. F. *Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2000.
- DEL PRIORE, M. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil colônia*. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1995.
- DIAS, H. H. Z. R.; RAMOS, F. R. S. O “des”cuidado em saúde: a violência no processo de trabalho em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 44-51, jan./mar. 2003.
- JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.



- LEOCÁDIO, E. Violência e direitos humanos. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/rhamas/violenciadire.html>>. Acesso em: 10 jun. 2007.
- LOURO, G. L. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 7-18.
- LOVELL, M. C. Silent but perfect 'partners': medicine's use and abuse of women. *Advances in Nursing Science*, MA/USA v. 3, n. 2, p. 25-40, jan. 1981.
- MOSCOVICI S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- MURARO, R. M.; BOFF, L. *Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.
- OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. *A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento*. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.
- OSAVA, R. H. *Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico*. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- PANDJIARJIAN, V. Os estereótipos de gênero nos processos judiciais e a violência contra a mulher na legislação. Disponível em: <<http://www.jep.org.br/downloads/JEP/Artigos/Os%20estereótipos%20de%20Gênero%20nos%20proc%20judici%20-%20Valéria%20Pandjiarjian.doc>>. Acesso em: 05. jun. 2007.
- PROGIANTI, J. M. *Parteiras, médicos e enfermeiras: a disputada arte de partejar (Rio de Janeiro-1934/1951)*. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- REZENDE, J. *Obstetrícia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- SAFFIOTI, H. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992. p. 183-215.
- SAFFIOTI, H.; ALMEIDA, S. *Violência e gênero: poder e impotência*. São Paulo: Revinter, 1995.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.
- SOUZA, I. E. O. Avanços do modelo assistencial da obstetrícia no Brasil. In: SEMINÁRIO ESTADUAL QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM, 3., 2000, Curitiba. *Síntese...* Curitiba: ABEn Seção Paraná, 2000. p. 11-13.
- STEFANELLI, M. C. *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. 2. ed. São Paulo: Robe, 1993.
- VASCONCELOS, S. D. D. *Dominação e autonomia: os elementos básicos da enfermagem obstétrica*. 2001. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- WALDOW, V. R. *O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- WALDOW, V. R. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- WOLFF, L. R. *Representações sociais de mulheres sobre assistência no trabalho de parto e parto*. 2004. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

Recebido em: 20/07/2007

Reapresentado em: 13/04/2008

Aprovado em: 04/06/2008