

JANAÍNA MARQUES DE AGUIAR

**Violência institucional em maternidades públicas:
hostilidade ao invés de acolhimento como uma
questão de gênero**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas
D'Oliveira

São Paulo

2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Aguiar, Janaína Marques de

Violência institucional em maternidades públicas : hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero / Janaína Marques de Aguiar. -- São Paulo, 2010.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira.

Descritores: 1.Violência contra a mulher 2.Maternidades 3.Poder (Psicologia)
4.Medicina

USP/FM/SBD-100/10

DEDICATÓRIA

Ao meu avô, Joaquim Daniel Marques,
por tudo que me ensinou com sua vida
e sua morte. Saudades sempre.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Professora Doutora Ana Flávia d'Oliveira, que me orientou neste trabalho e para muito além dele. Seus exemplos, seu apoio e seu afeto sedimentaram minhas referências do que desejo ser como mulher e como profissional; foram fundamentais no meu processo de adaptação aqui e fizeram deste um encontro muito feliz.

Agradeço também às Professoras Doutoradas da minha banca de qualificação, Wilza Villela, Simone Diniz e Lilia Blima Schraiber, pela importante contribuição que deram para a continuidade deste trabalho com seus comentários e sugestões. Em especial à Professora Lilia Blima Schraiber, pela inestimável contribuição durante todo o meu percurso nesta instituição e pela acolhida no grupo.

Aos professores e amigos, André Mota, Wagner Figueiredo e, mais uma vez a Simone Diniz, por todas as interlocuções em inúmeros cafés e almoços na Faculdade.

Àquelas que me indicaram o caminho e me incentivaram a vir tão longe, Karen Giffin e Sônia Dantas Berger, amigas e parceiras queridas.

Aos insubstituíveis Ricardo Góes e Lilian, por toda ajuda que me deram e que, em alguns momentos, me “salvou” de ficar completamente perdida;

Às mulheres que me presentaram com a história de seus partos, dividindo dúvidas, alegrias, angústias e esperanças trazidas por esse momento, e sempre com a acolhedora recepção de um cafezinho;

Aos profissionais entrevistados, pela disponibilização generosa de suas horas de folga ou intervalos no trabalho para compartilhar suas experiências, e por terem acreditado na importância deste trabalho;

Aos profissionais das UBSs onde coletei os dados da pesquisa pela inestimável ajuda e solidariedade com minhas dificuldades. Em especial, aos que depois se tornaram mais do que colaboradores, queridos amigos;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa e sua reserva técnica que financiaram este trabalho. Agradeço, sobretudo, à paciência das funcionárias do setor financeiro com minhas incontáveis dúvidas.

Aos meus amigos, pela paciência e compreensão com todas as minhas ausências durante esses três anos. Não poderia citar todos sem correr o risco e sob o receio de esquecer algum, mas aos de longa jornada agradeço em especial aos amigos Marcello e Cid, pelo carinho de tanto tempo e socorro providencial na finalização da minha tese; a Claudinha, Cris e Mônica, irmãs com as quais a vida me presenteou, e que sempre foram fiéis incentivadoras e parceiras em minhas jornadas;

Aos “MRPs”, uma família de amigos que me esperava aqui quando cheguei a esta cidade tão insólita à primeira vista;

Aos amigos que encontrei aqui. Cada um no seu tempo e do seu jeito compartilhou das minhas alegrias, angústias, dúvidas e pretensas certezas. Pelo carinho, paciência e apoio em momentos incertos, agradeço em particular a Júlia, Cláudia e Jô, Sônia Hotimsky, Ana Tereza, Andréia, Bruna, Laila, Tathi, Cristina, Lou, Helô, Felipe, Tiago e Mirian;

A Thiago e Demian, meus dois mais pacientes interlocutores masculinos neste universo de feminilidades em que estive mergulhada;

A Vanja, pelo feliz encontro e acolhida terapêutica que tanto ajudou a não me perder de vista;

E finalmente, àqueles que são sempre os mais importantes na minha história, aos meus pais e à minha irmã, por todo amor e apoio, sempre incondicionais, e por me mostrarem que, mais importante do que saber para onde se vai, é saber de onde se veio e que se tem para onde voltar;

E à minha sobrinha, Rafaella, pelo irresistível convite para olhar a vida com mais simplicidade.

SUMÁRIO

Introdução	1
Cap.I – Violência Institucional: definindo o termo.	14
1.1. Violência institucional como uma questão de gênero.	21
1.2. Violência e poder: algumas considerações teóricas.	24
Cap.II – Autoridade médica, suas práticas e a medicalização do corpo feminino.	33
2.1. Autoridade médica.	33
2.2. A medicalização do corpo feminino	39
Cap.III – Metodologia (Plano de Trabalho):	43
Cap. IV – Apresentação e discussão dos dados	58
4.1 Perfil dos entrevistados	58
4.1.1 Puérperas	58
4.1.2 Profissionais	66
4.2 Cuidado e gênero na visão das puérperas entrevistadas	70
4.2.1 Maternidade: lugar de cuidado – o bom atendimento	72
4.2.2 Maternidade: lugar de maltrato – o mau atendimento	79
4.2.3 A naturalização da dor do parto	89
4.2.4 A escandalosa	91
4.2.5 A solidariedade de gênero	99
4.3 Cuidado e gênero na visão dos profissionais entrevistados	101
4.3.1 O serviço de saúde segundo os profissionais	102

4.3.2 As pacientes na visão dos profissionais: aspectos da relação	108
A “não colaborativa”	113
A escandalosa	114
A ameaça à autoridade	119
4.3.3 O cuidado da dor	124
4.3.4 Estereótipos de classe e gênero na assistência ao parto	133
4.4 O que é violência	137
4.4.1 Para as puérperas entrevistadas	137
As estratégias de resistência à violência institucional	146
4.4.2 Para os profissionais entrevistados	149
Conseqüências da violência institucional	159
4.4.3 Possíveis causas para a violência institucional nas maternidades	162
Possibilidades de prevenção da violência institucional apontadas pelos profissionais	173
4.4.5 Discutindo o conceito de violência institucional	177
Cap. V Considerações Finais	184
Anexo I	187
Anexo II	191
Anexo III	194
Anexo IV	196
Referências Bibliográficas	198

LISTAS de QUADROS

Quadro 1. Perfil sócio-econômico / puérperas	58
Quadro 2. Perfil conjugal e composição familiar / puérperas	61
Quadro 3. Partos anteriores / puérperas	62
Quadro 4. Último parto / puérperas	65
Quadro 5. Perfil social / profissionais	67
Quadro 6. Perfil profissional / profissionais	68

RESUMO

Aguiar JM. *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

A violência institucional em maternidades é tema de estudo em diversos países. Pesquisas demonstram que além das dificuldades econômicas e estruturais, freqüentes nos serviços públicos, encontram-se, subjacentes aos maus tratos vividos pelas pacientes, aspectos sócio-culturais relacionados a uma prática discriminatória quanto a gênero, classe social e etnia. A hipótese deste trabalho é a de que a violência institucional em maternidades é, fundamentalmente, uma violência de gênero que, pautada por significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher, a discrimina por sua condição de gênero e a toma como objeto das ações de outrem. Essa violência se expressa, de forma particular, no contexto da crise de confiança que a medicina tecnológica contemporânea engendra, com a fragilização dos vínculos e interações entre profissionais e paciente. O objetivo do estudo foi investigar como e porque a violência institucional acontece nas maternidades públicas no contexto brasileiro. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de corte qualitativo com 21 entrevistas semi-estruturadas com puérperas atendidas em maternidades públicas do município de São Paulo e 18 entrevistas com profissionais de saúde que atuam em diferentes maternidades, do mesmo município e adjacentes. A análise do material buscou relatos de violência institucional nos depoimentos e os valores e opiniões associados. Os dados revelaram que tanto as puérperas quanto os profissionais entrevistados reconhecem práticas discriminatórias e tratamento grosseiro no âmbito da assistência em maternidades públicas com tal frequência que se torna muitas vezes esperado pelas pacientes que sofram algum tipo de maltrato. Dificuldades estruturais, a formação pessoal e profissional, e a própria impunidade desses atos foram apontados como causas para a violência institucional. Os relatos também demonstraram uma banalização da violência institucional através de jargões de cunho moralista e discriminatório, usados como brincadeiras pelos profissionais; no uso de ameaças como forma de persuadir a paciente e na naturalização da dor do parto como preço a ser pago para se tornar mãe. Consideramos que a banalização da violência aponta para a banalização da injustiça e do sofrimento alheio como um fenômeno social que atinge a toda sociedade; para a fragilização dos vínculos de interação pessoal entre profissionais e pacientes e para a cristalização de estereótipos de classe e gênero que se refletem na assistência a essas pacientes, além de contribuir para a invisibilidade da violência como tema de reflexão e controle institucional.

Descritores: Violência contra mulheres, Maternidades, Poder (Psicologia), Medicina

SUMMARY

Aguiar JM. *Institutional Violence in State-run Maternity Facilities: hostility instead of care as a gender question* [thesis]. Faculty of Medicine, University of Sao Paulo, SP (Brazil); 2010.

Institutional violence in maternity facilities is the subject of study in several countries. Researches show that besides economic and structural difficulties, which are frequent in state-run facilities, there are, underlying the abuse experienced by patients, socio-cultural aspects related to a discriminatory practice towards gender, social class and ethnicity. The hypothesis of this work is that institutional violence in maternity facilities is essentially a gender-based violence which, guided by stereotypical cultural meanings of devaluation and subjugation of woman, discriminates her by her gender condition and takes her as object of other's actions. This violence is expressed particularly in the context of the confidence crisis that contemporaneous medical technology engenders, with the weakening of bonds and interactions between professionals and patient. The objective of this study was to investigate how and why the institutional violence occurs in state-run maternity facilities in the Brazilian context. The work was carried out through qualitative research with 21 semi-structured interviews with birthing women treated at state-run maternity facilities in city of São Paulo and 18 interviews with health professionals working in different facilities in São Paulo and adjacent cities. The analysis of the material sought reports of institutional violence in the statements of the people interviewed and the values and opinions associated to them. The data showed that both birthing women and professionals interviewed acknowledge discriminatory practices and rude treatment in the state-run maternity facilities to such a degree that it is often expected by patients to suffer some kind of mistreatment. Structural difficulties, personal and professional education, and even the impunity of such acts were identified as causes of institutional violence. The reports also showed a trivialization of institutional violence through the use of moralistic and discriminatory jargon, used in jokes by professionals; through the use of threats as a way to persuade the patient and through the idea of naturalization of labor pain as the price to be paid to become a mother. We believe that the trivialization of violence points to the trivialization of injustice and suffering of others as a social phenomenon that affects the whole society, to the weakening of the ties of personal interaction between professionals and patients and for the crystallization of stereotypes of class and gender that reflect in the care for these patients, besides contributing to the invisibility of violence as a theme for reflection and institutional control.

Descriptors: Violence against women, Hospitals maternity, Power (Psychology), Medicine

INTRODUÇÃO

“...a vida segue os mais estranhos rumos porque os outros nos importam.”

Anne Line Dalsgaard (2006:290)

Nunca, em nenhum momento da minha vida até decidir fazer o doutorado eu cogitei morar em São Paulo. Conseguia me imaginar vivendo em muitos lugares distantes do Rio, mas jamais tinha me imaginado vivendo aqui. E agora, três anos depois, consigo entender de outra forma esta frase da antropóloga Anne Dalsgaard.

Meu interesse por esse tema, que me fez mudar em tantos sentidos a minha vida, tem sua raiz no meu próprio interesse pelos outros. Tão logo terminei a graduação em psicologia fui fazer uma especialização em Psicologia Médica no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Meu interesse, alimentado durante toda a graduação, pelas manifestações do sofrimento psíquico no corpo encontrou ali terreno fértil para novas descobertas e o despertar de outro interesse – a saúde da mulher.

Depois de cinco anos no HUPE (entre pós-graduação e treinamento profissional) ingressei no mestrado em saúde pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fiocruz. Estava então, consolidado meu desejo de me aprofundar nos estudos de gênero no campo da saúde. Durante o mestrado um dos desdobramentos da minha dissertação foi o questionamento do meu lugar de profissional da saúde dentro de uma equipe multidisciplinar de um hospital público e a relação que estabelecíamos com as pacientes. Estudava, então, o impacto da Aids

na vida de mulheres portadoras do vírus HIV e a relação destas com o serviço de saúde. A importância desta relação com o outro ficou marcada em mim como profissional, como mulher e, também, como paciente, por outras razões. Mas até então a violência não tinha surgido como objeto de interesse para o meu estudo. Na dimensão relacional que eu vislumbrava, entre profissionais e paciente, a violência permanecia invisível, embora de alguma forma deixasse seu rastro.

Após o mestrado fui convidada para participar de uma pesquisa ação¹ sobre violência doméstica durante a gravidez, em uma maternidade pública que é referência para gestação de alto risco, no estado do Rio de Janeiro, pela professora Karen Giffin e pela pesquisadora Sônia Dantas Berger. Mais do que marcar o meu retorno ao ambiente institucional hospitalar, esta pesquisa me levou para dois novos campos: o da maternidade e o da violência doméstica. A experiência profissional e a amizade das coordenadoras me tornaram possível superar e aprender com os estranhamentos e as identificações. Eu, que ainda não engravidei nem me casei e tampouco vivi situações de violência familiar, mais uma vez questionava meu lugar no mundo como profissional de saúde e como mulher. E lugares da existência social que até então me eram desconhecidos e estranhos se tornaram mais próximos pelo meu interesse pelo outro e o seu sofrimento.

Foi durante esse trabalho que para minha surpresa tive contato não apenas com o tema da violência institucional em maternidades públicas, mas com a própria violência em si através do relato de uma das pacientes entrevistadas. Digo surpresa porque assim como várias mulheres jovens, de classe média, que nunca tiveram filhos e que podem gozar de planos privados de assistência à saúde, eu tinha uma

¹ Projeto de Pesquisa Ação Violência Doméstica e Gravidez de Alto Risco: Qualificando o Acolhimento. Coordenação e Execução do Núcleo de Gênero e Saúde, Ensp/Fiocruz em parceria com o PAISMCA/SES – RJ.

imagem idealizada da maternidade como um momento na vida da mulher em que ela é acolhida e protegida por todos. Se já era difícil aceitar a violência doméstica durante a gestação como algo frequente para algumas mulheres que vivem situações de conflito, até aquele relato me era impossível imaginar que uma mulher grávida pudesse ser maltratada, agredida e humilhada por um profissional de saúde, justamente aquele que deveria ser seu “cuidador” neste momento.

Uma vez despertado o interesse pelo tema a escolha da orientação foi um desdobramento natural das próprias referências com as quais já trabalhávamos acerca da violência doméstica. Foi assim que cheguei a São Paulo, uma cidade que embora eu imaginasse mais dura e impessoal, ainda assim me foi estranha infinitas vezes e nas suas mais diversas nuances. E foi com este “olhar de estrangeira” – por não ser daqui, por não ser da área médica e por não ser mãe (ainda) – que me debrucei sobre o campo da maternidade para enxergar nele a violência cometida contra parturientes usuárias de serviços públicos.

Espero ter deixado mais claro para os leitores de que lugar eu estarei falando ao apresentar um pouco da minha trajetória profissional e das motivações que me conduziram até aqui. Contudo, uma vez que este trabalho certamente não teria sido possível sem a ajuda de muitos interlocutores e, sobretudo, sem a orientação da Professora Dra. Ana Flávia Pires Lucas D’Oliveira, ele é fruto de um trabalho conjunto e será de agora em diante todo apresentado e discutido na primeira pessoa do plural. Sai de cena o “eu” para dar lugar ao “nós” – um eu que se faz continuamente na relação com o outro.

Sobre a violência institucional

Embora ainda sejam poucos os estudos que abordem este tema, se comparados com a literatura científica sobre a violência contra a mulher de uma forma geral, alguns autores apontam que a violência em maternidades é, em grande parte, resultado da própria precariedade do sistema, que, além de submeter seus profissionais a condições desfavoráveis de trabalho, como a falta de recursos, a baixa remuneração e a sobrecarga da demanda assistencial (caracterizando um sucateamento da saúde), também restringe consideravelmente o acesso aos serviços oferecidos, fazendo, entre outras coisas, com que mulheres em trabalho de parto passem por uma verdadeira peregrinação em busca de uma vaga na rede pública, com sério risco para as suas vidas e as de seus bebês (Menezes et al., 2006; Richard et al., 2003; Alves e Silva, 2000; Nogueira, 1994).

Por outro lado, o desconhecimento e a falta de respeito para com os direitos sexuais e reprodutivos da mulher, além da tácita imposição de normas e valores morais depreciativos por parte dos profissionais, também são apontados como importantes fatores na formação da complexa trama de relações que envolvem os atos de violência institucional contra gestantes, puérperas e mulheres em situação de abortamento (Dalsgaard, 2006; McCallum e Reis, 2006; Chiarotti et al., 2003; Hotimsky, 2002; D'Oliveira et al., 2002; CLADEM & CRLP, 1998). Estes maus tratos vividos pelas pacientes, na maioria das vezes, segundo alguns autores, encontram-se relacionados a práticas discriminatórias por parte dos profissionais, quanto a gênero, entrelaçados com discriminação de classe social e etnia, subjacentes à permanência de uma ideologia que naturaliza a condição social de reprodutora da mulher como seu destino biológico, e marca uma inferioridade física e moral da

mulher que permite que seu corpo e sua sexualidade sejam objetos de controle da sociedade através da prática médica (Giffin, 1999).

A relevância deste estudo, portanto, não se justifica somente pela importância de se aprofundar a discussão sobre o tema da violência institucional no cenário nacional e seu impacto na história de vida e saúde de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS); mas também pela possibilidade de contribuições ao debate sobre a *crise da confiança* na área de saúde, entendida como uma crise ética mais global nas relações entre profissionais de saúde e paciente com predomínio do uso de tecnologia em detrimento do cuidado (Schraiber, 2008).

Além disso, acreditamos que esta discussão possa servir como um contraponto de diálogo às dificuldades de implantação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde, que estabelece, dentre outros, o direito de toda gestante *ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério* (Brasil, 2000:2). O sentido do termo humanização adotado pelo PHPN é o de equidade/cidadania (Rattner, 2009). Contudo, mesmo considerando-se os inúmeros usos que se tem dado ao termo *humanização* (Deslandes, 2006), qualquer que seja o seu sentido, sua efetiva concretização não é possível com uma prática atravessada pela violência. Por esta razão, acreditamos que a melhor compreensão deste fenômeno social poderá contribuir na busca de meios para a concretização de uma prática mais humanizada na assistência ao parto.

Lançado em 2000, o PHPN é fruto de um movimento internacional, iniciado há cerca de 25 anos, contra o uso irracional, excessivo e danoso de tecnologias² no parto, um dos principais responsáveis pelos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Contudo, além de objetivar o uso de tecnologia adequada, este movimento – que no Brasil foi denominado de *humanização do parto* – prioriza também a qualidade de interação na relação entre a paciente e a equipe de saúde, inclusive no que se refere às decisões acerca do uso destas tecnologias (Diniz, 2005).

Assim, a busca pela humanização deste tipo de serviço ressalta a necessidade de que sejam redefinidas as relações humanas no campo da assistência à saúde, revisando a própria compreensão da condição humana, de seus direitos e do seu cuidado, além do uso de intervenções e equipamentos diagnóstico-terapêuticos. Neste sentido, torna-se imprescindível o diálogo com os profissionais sobre uma assistência que contemple o diálogo deles com as pacientes e a garantia dos direitos destas, como o de receber cuidado e informações necessários para uma decisão compartilhada sobre o parto seguro, de ser ouvida e de não sofrer maus tratos nem ameaças, dentre outros. Falar em humanização, portanto, também pode ser uma estratégia para falar da violência de gênero e outras violações de direitos cometidas nas instituições de saúde contra suas usuárias (Diniz, 2005). Outro interlocutor prioritário são as mulheres usuárias dos serviços. A ação política de transformação do cuidado ao parto em direção à humanização tem nelas uma das principais interlocutoras e, portanto, a compreensão da sua posição é fundamental neste processo (Rattner, 2009).

² São exemplos destas tecnologias que se mostram inócuos ou iatrogênicos nas evidências científicas a episiotomia de rotina (abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina) e o uso de fórcepe rotineiro em primíparas, dentre outros (Diniz, 2005).

Em publicação sobre a ética no exercício da ginecologia e obstetrícia, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) aponta para a importância, no processo de humanização do atendimento e, também, para a humanização dos profissionais de saúde envolvidos no contato com gestantes e parturientes; com o intuito de retirar a mulher da condição de passividade a que foi colocada nos processos do nascimento. Para tanto, é preciso que o médico, figura de maior autoridade na equipe de saúde, garanta que a mulher receba todas as informações necessárias e a que tem direito, como: tipos de parto, intervenções e procedimentos a serem realizados, seus motivos, riscos e benefícios, possibilidades de analgesia, direito à escolha do local do parto e a um acompanhante de sua preferência. E todas essas medidas devem ser tomadas respeitando-se quatro princípios bioéticos fundamentais que devem nortear o exercício da prática médica: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (CREMESP, 2004).

Note-se que a questão da violência institucional começa a ganhar relevância e visibilidade a partir de diferentes campos: pelo movimento de mulheres, pelo movimento de consumidoras de saúde, pelas corporações médicas (como o CREMESP), pelo movimento de produção de meta-análise e evidência científica e pelo próprio campo do governo que propõe e implementa políticas de saúde, como o PHPN. Todos se debruçam sobre uma mesma questão, correlata à nossa, e fomentam a produção cultural e social de um discurso sobre este problema nas maternidades.

Referencial teórico

A fim de definir o que estaremos considerando aqui como violência institucional dentro de serviços de saúde, especificamente maternidades públicas,

adotamos o conceito de violência proposto por Chauí (1985), segundo o qual a violência é a transformação de uma diferença em desigualdade numa relação hierárquica de poder com objetivo de explorar, dominar e oprimir o outro que é tomado como objeto de ação, tendo sua autonomia, subjetividade e fala impedidas ou anuladas.

A violência institucional, portanto, é debatida no primeiro capítulo à luz de duas óticas principais. A primeira diz respeito ao conceito de gênero, tal como definido por Joan Scott (1990), como um conjunto de referências que, pautado nas diferenças percebidas entre os sexos, estrutura a percepção e organização da vida social concreta e simbólica de todo indivíduo. Para a segunda ótica, que se refere às relações de poder entre profissionais e pacientes, tomamos como referências dois autores, Hannah Arendt e Foucault. Para Arendt (2009), o poder surge a partir da ação e da fala em concerto de um grupo e, portanto, é um fim em si mesmo, existe “entre” os homens e não como um bem material, um atributo ou instrumento para se chegar a um fim. Segundo Foucault (1995), o poder é uma forma de ação sobre a ação dos outros e se exerce através das relações. Embora distintos teoricamente, o conceito de poder de Arendt nos ajuda a pensar sobre o poder da medicina e a sustentação de sua autoridade sobre os sujeitos, e o conceito foucaultiano nos ajuda a compreender “como” este poder se exerce nas relações cotidianas.

No segundo capítulo aprofundamos a questão da relação profissional de saúde e paciente, entendida como uma relação de poder, através da discussão sobre a autoridade médica, a crise da confiança na medicina tecnológica e o cuidado em saúde. Para fins de contextualização do nosso objeto de estudo, abordamos também a

medicalização (e sua conseqüente “patologização”) do corpo feminino na história da medicina, com enfoque na institucionalização do parto como um evento hospitalar.

O caminho metodológico

A abordagem metodológica eleita foi a qualitativa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 20 puérperas (até três meses pós-parto) que tiveram seus filhos em maternidades públicas e 1 (uma) em maternidade privada na cidade de São Paulo e 18 profissionais que atuam em diferentes maternidades públicas tanto na cidade de São Paulo quanto na região denominada de grande São Paulo. O grupo de profissionais entrevistados incluiu obstetras, enfermeiras e auxiliares e/ou técnicas de enfermagem.

A entrevista com a puérpera que teve seu último parto assistido em uma maternidade privada não estava contemplada no desenho original de nosso estudo. A indicação para entrevista foi feita de acordo com nossos critérios de seleção e somente durante a mesma foi informado que embora a entrevistada seja usuária do SUS e tenha feito seu pré-natal pelo PSF da região, optou por uma maternidade de seu convênio particular para ter o seu segundo filho. Ao final da entrevista e com uma análise prévia dos dados consideramos que estes se assemelhavam aos obtidos com as demais entrevistadas (inclusive porque seu primeiro parto foi em uma maternidade pública), além de nos oferecer dados significativos para a compreensão também deste universo – mulheres de baixa renda que utilizam serviços privados de saúde. Por esta razão optamos por não descartar esta entrevista, incluindo-a na análise. Não temos, contudo, a pretensão de fazer uma análise comparativa destes dois modelos; queremos apenas acrescentar maiores dados para a discussão e

apresentar com maior clareza traços do serviço público por contraste do que se fala do privado, uma vez que boa parte dos profissionais entrevistados também atua nos dois tipos de serviço (público e privado) e nos apontou alguns contrastes e semelhanças na assistência prestada.

Nosso objetivo com as entrevistas foi o de descrever as experiências de contato das mulheres com maternidades públicas (acesso, assistência hospitalar, experiências de parto) e a ocorrência de maus tratos, tanto do ponto de vista das mulheres quanto dos profissionais de saúde, analisando as possibilidades e obstáculos desta interação de ambas as perspectivas – usuárias do serviço público e profissionais. Além disso, buscamos investigar também as conseqüências desta forma de violência na história de vida das mulheres, na sua saúde e na saúde de seus filhos. Feito isto analisamos a intrincada construção de uma postura profissional e institucional violenta contra a mulher-paciente, baseada nas relações de gênero e institucionalizada nos serviços públicos de atenção à maternidade, e suas possibilidades de superação.

Faz-se importante salientar ainda que, por questões de recorte do objeto e em função do tempo hábil para a pesquisa, optamos por não incluir a violência institucional cometida na assistência a abortamentos em nosso escopo de trabalho. Consideramos que as particularidades envolvidas nesses casos, principalmente nos abortos provocados – no que tange à ilegalidade e a penalização em nossa legislação, assim como a condenação social de cunho religioso – tornam mais agudos e complexos os maus tratos ocorridos, o que, por si, demandaria outro estudo.

A análise

Os resultados revelaram que em muitos casos as pacientes sentem-se desvalorizadas em suas queixas, expostas em sua intimidade, maltratadas física e moralmente e até mesmo mutiladas em sua integridade genital. Por outro lado, muito desta prática discriminatória e das ideologias médica e de gênero subjacentes a esta prática é incorporado pelas próprias pacientes, que em vários momentos se adéquam ao comportamento esperado delas pela equipe dos profissionais de saúde e reproduzem o discurso dessa equipe. É assim que a figura da “mulher escandalosa” surge na maioria das entrevistas com as puérperas (e com os profissionais) como aquelas que na hora do parto “fazem escândalo”, ou seja, gritam muito, xingam, chamam toda hora pelo médico e reclamam o tempo todo. Ao mesmo tempo, a escandalosa é também aquela que briga pelo que considera ser um direito seu, a que não se submete, nem se cala. Ainda assim, todas as puérperas entrevistadas, mesmo aquelas que relatam um bom tratamento nas maternidades nas quais tiveram seus filhos, são unânimes em dizer que as “escandalosas” tem pior tratamento, são deixadas de lado pela equipe ou são atendidas por último. Há relatos inclusive de avisos dados pela enfermagem, além de familiares e amigas, para que não “façam escândalo” sob pena de sofrer mais.

A mulher que agüenta a dor calada (ou quase isso) é valorizada por toda a equipe e muitas vezes pela própria paciente como mais forte. Desta forma, a famosa frase “na hora de fazer gostou, então agora agüenta” é reconhecida como muito comum pelos profissionais e reproduzida também por algumas entrevistadas, que incorporam o discurso de que a dor do parto é o preço que se deve pagar pelo prazer

com o ato sexual. São poucas as entrevistadas que se rebelam contra esse discurso e acham que a mulher tem o direito de expressar sua dor da forma que quiser.

O termo “violência” dentro dos serviços de saúde não é considerado pela maioria das puérperas e profissionais entrevistados. Poucos associam a ocorrência de maus tratos na assistência à maternidade a um ato de violência. Isso aponta para uma associação do termo com, prioritariamente, a agressão física ou sexual tanto no espaço público quanto no privado. Esta associação do termo é corroborada por outro estudo no campo da violência doméstica (Schraiber et al., 2005)

Neste sentido, consideramos que a maioria das entrevistadas reconhece o desrespeito, maus tratos, negligência e tratamento grosseiro, mas não os nomeiam como violência, uma vez que o termo em si assume para elas outra definição. No decorrer da entrevista, contudo, essa associação foi feita por muitas entrevistadas a partir de suas reflexões sobre o tema. A partir de então, elas encontraram espaço para manifestar suas críticas e dúvidas quanto à assistência recebida.

Estratégias de resistência a este modelo de assistência que, apesar do PHPN ainda prima pela assistência tecnológica e fragmentada, também são apontadas nos relatos dos entrevistados, tanto pelas puérperas quanto pelos profissionais. Nos extremos das possibilidades que as pacientes encontram para lidar com tal situação, quando não são *escandalosas*, como forma de resistir, elas se acomodam ao perfil de comportamento ideal a fim de não sofrer represália ou sanções dentro do serviço. Estamos considerando que esta estratégia de acomodação e/ou reprodução ou aceitação do discurso da equipe de saúde também é uma forma de resistência – através da acomodação a esse discurso – à violência institucional que lhe inflige sofrimento desnecessário na hora do parto.

As entrevistas com os profissionais – obstetras, enfermeiras e técnicas de enfermagem – revelaram o reconhecimento destes quanto a práticas discriminatórias e tratamento grosseiro não só (mas principalmente) no âmbito das maternidades públicas, como também nas privadas. Os entrevistados apontam para dificuldades estruturais enfrentadas pelos profissionais, a formação profissional e a própria impunidade desses atos como causas da violência institucional. Contudo, os limites do que é, ou não, violência institucional, não são claros e dependem de quem comete, quando, como e porque o faz. Neste sentido, para muitos profissionais entrevistados em algumas situações parece prevalecer a máxima de que “os fins justificam os meios”. Essa dificuldade dos profissionais de definirem o que é a violência institucional, ao avaliarem as suas práticas, aponta para a própria banalização de atos desrespeitosos com as pacientes e para a invisibilidade da violência, para muitos profissionais, como uma questão para reflexão no âmbito da assistência a saúde.

CAP I – Violência Institucional: definindo o termo

Pesquisas em diversos países (McCallum e Reis, 2006; Richard et al., 2003; Hotimsky, 2002, 2007; D'Oliveira et al., 2002; Hoga et al., 2002; CLADEM & CRLP, 1998) têm apontado para o uso arbitrário que muitos profissionais de saúde fazem de sua autoridade e saber no controle dos corpos e da sexualidade de suas pacientes, como uma das principais fontes da violência institucional a que são submetidas dentro dos serviços de saúde. A maior parte desses estudos se concentra no campo da assistência à sexualidade e reprodução feminina. Os diferentes tipos de violência gerados vão desde a negligência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual (D'Oliveira et al., 2002).

Sobretudo na assistência ao parto em maternidades públicas, outro exemplo de casos que têm sido apontados como uma violência a que frequentemente são submetidas as parturientes são as intervenções e procedimentos muitas vezes desnecessários, em face das evidências científicas do momento. A literatura a respeito ressalta os efeitos indesejados que tais condutas podem causar, resultando numa cascata de intervenções, como o uso de substâncias para acelerar o parto, o rompimento artificial de membranas, a episiotomia³ e o uso de fórceps⁴ de rotina em

³ Incisão feita no corpo perineal para facilitar o parto aumentando a área de saída. É indicada em casos de retardamento, parada da descida, para uso de fórceps ou vácuo extrator. Seu uso profilático é discutível. (Lambrou, 2001).

⁴ Instrumento utilizado para apreensão, tração e, ocasionalmente, rotação do pólo cefálico fetal e correção de assinclitismos. Os modelos variam de forma e tamanho, mas são basicamente constituídos de dois ramos que se articulam após serem introduzidos sequencialmente na vagina, de acordo com a

primíparas ou com propósitos apenas de treinamento e cesarianas sem indicação clínica, dentre outros (Diniz e Chacham, 2006).

O uso inadequado de tecnologia não ocorre sem potenciais riscos e seqüelas: alguns estudos demonstram a associação do uso de fórcepe com aumento no risco de lesão perineal, que por sua vez está associada à incontinência anal e urinária, disfunção sexual, pós-parto doloroso, dificuldade materna na formação de vínculo com o bebê e na amamentação. Já a episiotomia pode levar a complicações que vão desde dor no local até cicatrizes e deformidades que requerem correção cirúrgica (Diniz e Chacham, 2006).

As questões de classe social e etnia também são apontadas como um importante fator no uso de intervenções desnecessárias no Brasil antes e durante o parto (Martin, 2006; Diniz e Chacham, 2006; Hotimsky, 2007). Vários estudos apontam para um maior número de cesáreas entre mulheres brancas de classe média que são atendidas no setor privado, enquanto que nas mulheres negras, de classe baixa, atendidas no serviço público, o predomínio é de partos vaginais com episiotomia (Diniz e Chacham, 2006). Naturalmente que, no que se refere aos serviços públicos no Brasil, a prevalência de partos normais é influenciada pela implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, que exerce certo controle institucional sobre as quotas de parto normal.

Contudo, cabe-nos também ressaltar que a definição precisa de onde começa e onde termina a violência e os maus tratos, principalmente no que se refere ao uso de tecnologias, é bastante complexa e difícil, levando aos inúmeros questionamentos

posição do pólo cefálico. Cada ramo constitui-se de colher, cabo, haste e articulação e tem duas curvaturas, a cefálica que abriga a cabeça fetal e a pélvica que se relaciona com o canal de parto (Brasil, 2001).

que pretendemos explorar melhor na construção do referencial teórico e na análise dos dados.

No Brasil, estudos em diferentes regiões apontam similaridades e diferenças nas diversas modalidades de violência perpetradas nas maternidades públicas. Domingues et al. (2004), num estudo com desenho transversal feito em uma maternidade do Rio de Janeiro, analisaram através de 246 entrevistas estruturadas com puérperas internadas os fatores associados à satisfação dessas usuárias com a assistência ao parto normal. As autoras encontraram entre as queixas das pacientes a falta de informação prestada durante a assistência e uma conduta profissional desatenciosa, grosseira, impaciente e desrespeitosa, com declarações moralistas e preconceituosas sobre a vida pessoal e o comportamento das pacientes.

Dados semelhantes são encontrados em Cuiabá (Mato-Grosso), numa pesquisa qualitativa sobre as experiências de mulheres da periferia que se submeteram ao parto normal hospitalar (Teixeira e Pereira, 2006). As autoras apontam para uma violência institucional velada no atendimento às pacientes e ressalta o discurso autoritário e rude tanto de médicos quanto de profissionais de enfermagem, mesmo entre as profissionais mulheres que também tiveram partos normais. A igualdade na condição feminina não parece garantir, portanto, maior solidariedade de gênero às pacientes.

Uma investigação sobre a experiência de hospitalização da ótica dos pacientes internados em um hospital público de Fortaleza (Ceará) também aponta para condutas profissionais de desprezo da paciente mulher, incluindo as pacientes obstétricas. Seus dados revelam o descaso com pacientes em trabalho de parto e pós-parto que foram deixadas sozinhas em locais impróprios, como um banheiro com

baratas e uma sala escura desativada. Ou, ainda, a tácita imposição de normas, como ter que tomar banho mesmo que a paciente não queira ou não se sinta em condições físicas. O impressionante relato de uma entrevistada ilustra dramaticamente a situação vivida por ela: (...) *sai da casa da gente tudo bem direitinho... chega num local desse e é tratada como se fosse um pano de chão, pisado por todo mundo.* (Gomes et al., 2008:67)

Em São Paulo, um estudo realizado por Hotimsky (2007) sobre a formação em obstetrícia em duas Faculdades de Medicina aponta para condutas profissionais pautadas em juízos de valor compartilhados entre a equipe de saúde que resultam muitas vezes em atitudes de desconfiança com relação à paciente, desvalorização de sua queixa e tratamento hostil e/ou discriminatório com pacientes estrangeiras, nordestinas, pobres e negras – todas reduzidas à condição de “carentes” ou taxadas como “folgadas”. Hotimsky observou também condutas profissionais fisicamente violentas contra pacientes como a dilatação manual do colo do útero, episiotomias e episiorrafias sem qualquer analgesia ou anestesia e sem evidências de indicação clínica que justificassem essas condutas.

Mesmo nos serviços comprometidos em seguir as recomendações da OMS quanto à humanização da assistência ao parto, a prática cotidiana se faz entremeada por condutas que podem assumir um caráter violento quando não levam em consideração as particularidades de cada paciente, seu desejo e suas demandas, como foi observado por Tornquist (2003) na maternidade de um hospital universitário em Florianópolis (Santa Catarina). Segundo a autora, dificuldades na comunicação entre profissionais e pacientes podem ocorrer quando a dor do parto é reduzida à sua dimensão meramente orgânica e passa a ser entendida pelo profissional como algo

que a mulher deve suportar sem oferecer a esta qualquer possibilidade de escuta e negociação de enfrentamento desta dor, tratada como mero “desconforto”. Outro exemplo, observado pela autora, de imposição não negociada que se transforma em violência é o do aleitamento materno. Tornquist ressalta que embora o aleitamento faça parte do ideário de parto humanizado, quando é tomado como uma norma inflexível, perde seu caráter de direito da mulher e assume outro, o de um dever disciplinador e normativo.

Em uma região metropolitana de Recife (PE), Camaragibe, a antropóloga Dalsgaard (2006), em pesquisa realizada entre 1997 e 1998, encontrou vários relatos de tratamento grosseiro e desrespeitoso com as parturientes por parte dos profissionais que as definiam como “ignorantes” e “irresponsáveis”, que não tinham controle sobre sua fecundidade. Para muitas mulheres esta desvalorização e descaso que sofriam nos serviços de saúde era uma motivação a mais para buscarem na cesárea eletiva um atendimento de melhor qualidade – não seriam deixadas sozinhas ou abandonadas. Além disso, a cesárea significava uma oportunidade de esterilização, após a qual, elas não precisariam mais se submeter a maus tratos e humilhações, e retomariam o controle de sua fecundidade.

Logo, podemos ver que a violência institucional parece estar presente de forma consistente em todos os serviços de saúde apontados por esses estudos no Brasil, assumindo nuances e modalidades diversas, de acordo com as características de cada região e serviço estudado. Assim, para fins de análise, adotaremos aqui a definição dada por Chauí (1985), segundo a qual a violência é vista sob dois ângulos:

Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade

com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência. (Chauí, 1985:35)

Neste sentido, podemos considerar como uma violência a inferiorização da paciente por suas diferenças de gênero, classe, etnia e grupo social, assim como a desvalorização de sua subjetividade. Tratada como um objeto, a paciente tem o seu corpo e a sua saúde reprodutiva sujeitos a intervenções e manipulações pelos profissionais de saúde, muitas vezes sem o seu consentimento ou sem que seja informada sobre os procedimentos que serão realizados. O resultado frequentemente é a exposição da paciente a sofrimentos desnecessários e que pode trazer consequências drásticas e irreparáveis, como mostrado por uma pesquisa realizada no Peru, que aponta a realização de cesarianas com fins lucrativos, de histerectomias⁵ sem o conhecimento das pacientes e de laqueaduras impostas às usuárias do serviço para o cumprimento de metas ou quotas de esterilização (CLADEM & CRLP, 1998).

Pode-se perceber nestes exemplos o que Chauí (1985) denomina de transformação de uma diferença – ser mulher, pobre e de baixa escolaridade – em uma desigualdade que é imbuída de medidas de valor como superior e inferior, com o objetivo de dominar, explorar e oprimir alguém que é tomado como objeto das ações de outrem e não como sujeito de seus próprios atos e decisões sobre o que lhe acontece. Subjaz a este contexto a permanência histórica de uma ideologia naturalizadora da inferioridade física e moral da mulher, e de sua condição de reprodutora como determinante do seu papel social, permitindo que seu corpo e sua

⁵ Retirada cirúrgica do útero.

sexualidade sejam objetos de domínio e controle da ciência médica (Rohden, 2001; Vieira, 2002; Giffin, 1999).

Em seu artigo, McCallum e Reis (2006) nos dão um bom exemplo disso, ressaltando a hostilidade de alguns profissionais de saúde de determinada instituição com as adolescentes gestantes. Mesmo admitindo que suas pacientes não dispunham de informações suficientes sobre a contracepção, prevaleceu, entre os profissionais, a crença de que o principal fator desencadeante da maternidade, especialmente nas mais jovens, é a “atmosfera promíscua” (grifo dos autores) de suas casas, de seus núcleos familiares e da comunidade ao seu redor, que as estimula a se renderem aos seus impulsos sexuais – concepção de uma sexualidade feminina “naturalmente” sem controle, necessitando de uma disciplinarização externa.

Portanto, embora simbolicamente o parto seja visto pelas jovens do citado estudo como um rito de passagem que confere legitimidade à maternidade, a própria instituição deslegitima a reprodução sexual destas mulheres, não apenas por serem jovens, mas também negras e de baixa renda. Esta estigmatização da maternidade na adolescência criou um espaço para a violência institucional, através do que McCallum e Reis (2006) consideraram como uma espécie de “castigo” ao exercício precoce da sexualidade por estas jovens.

Em condições semelhantes, outros autores (Chiarotti et al., 2003; Hotimsky, 2002; CLADEM & CRLP, 1998; Jewkes et al., 1998; Nogueira, 1994) apontam a censura que alguns profissionais de saúde fazem sobre o exercício da sexualidade de suas pacientes, sendo freqüentes em algumas maternidades públicas as agressões verbais que culpabilizam o prazer que a parturiente pode ter sentido no ato sexual que originou a gravidez, por exemplo: “na hora de fazer gostou, então agora

agüenta”. Segundo Chiarotti et al. (2003), subjacente a este tipo de conduta profissional está uma série de preconceitos que, profundamente arraigados e naturalizados na sociedade, fundamentam determinadas concepções e representações acerca da sexualidade feminina, como a de que esta deve ser voltada para fins reprodutivos e a dor do parto é, então, o preço que a mulher paga pelo prazer experimentado no ato sexual.

Assim, nosso referencial de partida será a definição de violência dada por Chauí. Contudo, uma vez que essa autora não discutiu este conceito especificamente para o campo do nosso objeto de estudo (violência institucional no âmbito das práticas médicas e especificamente em maternidades) faz-se necessário adensar nosso referencial teórico a fim de possibilitar a instrumentalização do conceito para nossa análise. Para tanto, propomos olhar para a violência institucional sob duas óticas distintas, porém interligadas: a dos estudos de gênero e a do poder/saber da prática médica sobre os corpos.

1.1. Violência institucional como uma questão de gênero

O conceito de gênero passou a ser utilizado como uma categoria de análise a partir dos anos 60 e 70 pelas intelectuais do movimento feminista, marcando assim sua entrada definitiva no campo acadêmico. Este conceito, ao transformar o sexo em uma variável social e, portanto relacional, rompe com o determinismo biológico dos papéis sociais de homens e mulheres e permite uma abordagem crítica sobre suas práticas cotidianas enquanto resultantes de condicionamentos históricos, sociais, políticos e culturais. Ou seja, as diferenças referentes ao sexo passam a ser

compreendidas como desigualdades construídas socialmente e, desta forma, é possível que sejam apreendidas historicamente (Barbieri, 1991; Giffin e Costa, 1995).

De acordo com Paim (1998) a utilização desta categoria de análise tem a preocupação da desnaturalização não só das identidades sexuais, como também da divisão sexual do trabalho e da desigualdade nas relações entre homens e mulheres. Neste sentido, gênero diz respeito à construção social do sexo – fenômeno natural. É uma vez que toda elaboração sobre qualquer fenômeno natural é uma produção social, também os conceitos de sexo e a natureza resultam de uma construção histórica e cultural. Desta forma,

Não se deve interpretar 'gênero' como noção unívoca que é determinada do mesmo modo em todos os lugares e épocas, mas como produto da interação de forças sociais (Paim, 1998:33).

Neste sentido, Joan Scott define gênero em duas partes distintas, porém, interligadas. Primeiro no sentido do seu efeito nas relações sociais e institucionais, gênero é definido como *um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos* (1990:14). Como tal, envolve a articulação de símbolos culturais com múltiplas representações que podem ser contraditórias (por exemplo, as imagens de Eva e Maria) e conceitos normativos que, numa oposição binária, afirmam categórica e inequivocamente o significado de masculino e feminino e se expressam através de doutrinas religiosas, educativas, jurídicas, políticas e científicas como produto de um consenso social e não de um conflito. Esta normatividade guarda, portanto, um caráter ideológico ao limitar e padronizar as

possibilidades de interpretação de sentido desses símbolos. Em segundo lugar, Scott (1990) considera que o conceito de gênero, tomado como um conjunto de referências, estrutura a percepção e organização de toda vida social concreta e simbólica de cada indivíduo e, por esta razão, é o primeiro campo na constituição dos sujeitos onde a significação do poder se articula.

Na medida em que essas referências estabelecem distribuições de poder (um controle ou um acesso diferencial aos recursos materiais e simbólicos), o gênero torna-se implicado na concepção e na construção do poder em si (Scott, 1990:17).

Ou seja, gênero é entendido como um *locus* de exercício de poder instituído através de uma ideologia dominante com normas que determinam papéis sociais para homens e mulheres pautados na diferença sexual. Para reflexão sobre o conceito de poder em gênero a autora toma como referência os estudos de Michel Foucault.

Desta forma, se considerarmos que o campo da maternidade é por excelência onde se exercita não só a função biológica do corpo feminino, mas uma função social do papel conferido à mulher regulado por uma construção simbólica, toda e qualquer violência neste campo é fundamentalmente uma violência de gênero. E, uma vez que o próprio conceito de gênero está interligado a fatores culturais, sociais, econômicos, políticos e étnicos, já que as mulheres se distinguem de acordo com o contexto social no qual elas estão inseridas, esta violência perpetrada nas maternidades (públicas ou privadas) é atravessada também por estas questões.

É sob esta ótica que abordamos e refletimos sobre a fala dos sujeitos da pesquisa no que se refere às suas experiências: de um lado mulheres, mães, usuárias de serviços públicos de saúde e pacientes submetidas a um modelo biomédico

hegemônico de dominação e controle de seus corpos e sexualidade; de outro lado homens e mulheres que no exercício de sua profissão também estão inseridos neste modelo biomédico e suas normas. Todos, sujeitos concretos que são ao mesmo tempo produtores e reprodutores de representações sociais, normas, valores, códigos simbólicos e hábitos dos grupos sociais aos quais pertencem. Estamos considerando, portanto, que todo indivíduo é um agente criativo na construção de sua identidade de gênero, ou seja, na forma como se coloca enquanto homem ou mulher em relação às normas da sociedade em que vive, no exercício de suas práticas cotidianas, de sua sexualidade e nas relações de poder nas quais se engendra.

1.2. Violência e poder: algumas considerações teóricas.

Ao se falar da violência institucional nas maternidades (como uma violência exercida por profissionais de saúde contra suas pacientes) a princípio a associação a que somos remetidos é dessa violência com um uso abusivo do poder do qual são investidos estes profissionais numa relação que é por definição sempre assimétrica: entre um sujeito que detém um determinado saber sobre a saúde e o cuidado com o corpo e, outro, que “se sujeita” a este cuidado por reconhecer a legitimidade científica e social deste saber. Esta associação do poder com a violência se dá porque tradicionalmente há no senso comum a idéia de que o poder seria uma espécie de ante-sala da violência, ou seja, todo poder levaria sempre à violência em algum sentido e momento. Ou, a violência seria apenas um extremo do uso do poder (Arendt, 2009).

Contudo, uma reflexão teórica mais profunda nos faz perceber que, de acordo com alguns autores, estes dois conceitos – violência e poder – não apenas se distinguem como, por vezes, se opõem, embora de fato mantenham uma relação. É sobre esta relação que nos deteremos aqui a fim de compreender, no momento de olhar para os dados coletados em nosso campo, os mecanismos pelos quais o poder se exerce no âmbito das maternidades públicas e o que torna possível o exercício de uma assistência violenta, na medida em que subjuga, domina, objetifica e anula a possibilidade de comunicação e ação livre da paciente.

Ao conceituar o poder – em contraponto com a violência – Chauí o define como:

capacidade coletiva para tomar decisões concernentes à existência pública de uma coletividade, de tal maneira que seja a expressão de justiça, espaço de criação de direitos e garantia do justo pelas leis, sem coação (1985:34).

Neste sentido, a autora dá a este conceito um caráter positivo, sem identificá-lo com o seu exercício pelo governo ou a soberania na figura do Estado. Para ela o poder é o pólo onde é possível a criação, o reconhecimento e a expressão dos direitos em suas diversas instâncias. Chauí (1985) diferencia os conceitos de poder, força e violência, entendendo por **força** a ausência do poder e a pura intenção de opressão, dominação de um grupo ou classe social sobre outro, que em última instância leva à aniquilação absoluta da parte subjugada. A **violência** por sua vez, é vista pela autora como um uso determinado das relações de força que não visa à destruição total do outro, mas sim sua submissão consentida de tal forma que não possibilita espaço para

resistência. E justamente aí reside para a autora a diferença entre poder e violência, porque no poder há possibilidade de luta, na violência não. O extremo da violência seria a introjeção da vontade do outro como própria, resultando em uma heteronímia que seria a “violência perfeita”:

A violência perfeita é aquela que resulta em alienação, identificação da vontade e da ação de alguém com a vontade e a ação contrária que a dominam (Chauí, 1985:35)

A definição de poder de Chauí tem como base a de outra autora que se debruçou sobre a distinção entre violência e poder: Hannah Arendt. Para Arendt (2009) o poder surge a partir da ação e da fala em concerto de um grupo e, portanto, é um fim em si mesmo, existe “entre” os homens e não como um bem material, um atributo ou instrumento para se chegar a um fim – como o é a violência.

A legitimidade do poder está justamente na sua existência por si mesmo a partir da fala e ação em concerto entre os homens. Esta concepção, entretanto, não é a do consenso absoluto, uma vez que a autora considera, no contexto da pluralidade humana, a possibilidade sempre existente do dissenso. Por isso Arendt fala em “discurso persuasivo”, porque o poder surge do confronto de opiniões e da formação de acordos para a ação em concerto da maioria, não necessariamente de todos.

Arendt (2009) considera ainda que violência e poder se distinguem teoricamente, mas se relacionam na prática. Como instrumento para se alcançar determinado fim a violência não pode ser a essência nem o fundamento do poder. Para a autora o poder nunca emerge do cano de uma arma, ou seja, ele nunca emerge de um ato violento, ainda que a violência possa ser usada como recurso para a manutenção do poder. Quando isso acontece, a violência pode defender os “postos” de poder por algum tempo, mas termina por fragilizar a fonte de geração desse poder

– a comunicação livre entre os sujeitos, onde o fim é o entendimento mútuo. A relação acaba por ser proporcionalmente inversa: quanto mais violência menos poder.

Outro autor que trabalhou com o conceito de poder foi Michel Foucault, ainda que a análise deste conceito, segundo o próprio autor, não tenha sido seu foco. O fenômeno do poder emerge na teoria foucaultiana por estar engendrado nos diversos modos que o ser humano encontra em nossa cultura de se tornar um sujeito. E por esta razão Foucault (1995) faz uma análise crítica sobre a temática do poder propondo que ao invés de se iniciar uma investigação pela questão do que é o poder e o seu por que, se comece por “como” o poder se exerce. Isto significa tomar como objeto não um poder fundamental, mas sim as relações pelas quais se dá o exercício do poder como uma forma de ação sobre a ação dos outros. Neste sentido, o poder para Foucault não tem em si um fim bom ou mal (de expressão da justiça, criação e garantia dos direitos, como o é para Chauí); ele se insere no plano das relações e é o seu exercício que pode ter resultados bons ou ruins.

Foucault (1995) destaca dois elementos indispensáveis a toda relação de poder: primeiro que aquele sobre cuja ação o poder se exerce seja reconhecido também como um sujeito de ação e um sujeito livre e que seja assim considerado até o final; e segundo, que diante da relação de poder haja sempre um campo de possibilidades para ações, respostas, reações, efeitos e invenções.

Diferente do poder, para o autor, a violência age diretamente sobre um corpo e utiliza a força, a submissão, a coação e até a destruição como formas de ação. Ao contrário do poder, a violência anula as possibilidades de ação e, por esta razão, não pode ser tomada como princípio fundamental ou base para o mesmo. Isto porque

uma condição importante para o exercício do poder é a liberdade do sujeito que sofre sua ação. Não há, por exemplo, segundo este autor, relação de poder na escravidão porque as possibilidades se saturam; é apenas uma relação de coação física.

Para Foucault (1995), as relações de poder são da ordem da governabilidade, entendendo governar por estruturar a ação dos outros; conduzir a conduta dos indivíduos ou grupos enquanto sujeitos de ação livres (como o faz a medicina, por exemplo). As relações de poder se inserem no campo das possibilidades de ação sobre as ações dos outros e dentro desta gama de ações possíveis o poder instiga, facilita, dificulta, provoca desvios, amplia ou limita, e é no limite que ele utiliza a violência como instrumento para coagir ou impedir completamente uma ação.

Assim, vemos que conceitualmente, tanto para Arendt quanto para Foucault, o poder pressupõe sujeitos livres e a violência, ainda que possa ser usada como instrumento do poder termina por anulá-lo. A violência, portanto, não é a base do poder.

Para compreender as relações de poder, descobrir seus métodos, onde elas se localizam e de onde partem, Foucault (1995) propõe ainda que nos voltemos para a análise das formas de resistência a essas relações. Dentre os exemplos dados pelo autor destas resistências estão as oposições ao poder dos homens sobre as mulheres e da medicina sobre a população. Estas oposições não se configuram somente como anti-autoritárias, são, sobretudo, lutas transversais porque não se limitam às fronteiras geográficas ou a formas políticas, econômicas ou de governo; seus alvos são as instâncias de poder mais próximas e com ações mais imediatas e:

“O objetivo destas lutas são os efeitos de poder enquanto tal. Por exemplo, a profissão médica não é criticada

essencialmente por ser um empreendimento lucrativo, porém, porque exerce, um poder sem controle, sobre os corpos das pessoas, sua saúde, sua vida e morte.” (1995: 234)

São, portanto, lutas contra os privilégios de um saber; contra as formas impostas de expressão desse saber e suas articulações com as relações de poder. A luta da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa), por exemplo, parece ser uma destas.

Foucault (1995) distingue três tipos de lutas sociais que podem ser encontradas separadas ou articuladas entre si: contra a dominação étnica, social e religiosa; contra a exploração capital e contra as formas de submissão de um indivíduo aos outros, que é justamente a que mais nos interessa neste estudo.

Estas lutas nos remetem aos conceitos formulados por Foucault (1995) de *estratégias de poder*, que são os meios pelos quais opera ou se mantém um dispositivo de poder; e *estratégias de confronto* – ou “estratégias de resistência”, de acordo com Anyon (1990) – a essas relações de poder.

Não há relação de poder sem resistência, sem escapatória ou fuga, sem inversão eventual; toda relação de poder implica, então, pelo menos de modo virtual, uma estratégia de luta (...). (Foucault, 1995:248)

As resistências às múltiplas formas de exercício de poder nas relações humanas não se fazem somente através da oposição de grupos organizados, como o movimento feminista e sua luta pelo fim da dominação masculina e das imposições do patriarcado. Essas resistências também se encontram em âmbitos mais privados, nas ações cotidianas individuais em todas as relações sociais, porque fazem parte do próprio processo de formação do sujeito. Desta forma, ações macro e micro-políticas

articulam-se o tempo todo numa influência mútua – pequenas resistências cotidianas alimentam movimentos mais globais e estes por sua vez alimentam novas resistências cotidianas.

Em um artigo sobre a construção da identidade de gênero e suas ideologias, Anyon (1990) argumenta que há um processo simultâneo de acomodação e resistência, para homens e mulheres, aos papéis sexuais socialmente impostos. Segundo a autora, a dialética entre acomodação e resistência faz parte do repertório de reações e respostas de qualquer pessoa a contradições e situações de opressão que diferem de acordo com o gênero, classe social, etnia, nacionalidade, dentre outros.

No que se refere às mulheres, Anyon (1990) ressalta que raramente há uma aceitação ou rejeição completa quanto às expectativas estereotipadas de atitudes e comportamentos apropriados aos papéis sexuais. O desenvolvimento da identidade de gênero implica um movimento dialético tanto de recepção passiva quanto de reação ativa às mensagens sociais contraditórias, como ser boa mãe, boa esposa, boa dona de casa e ao mesmo tempo ser bem sucedida profissionalmente. E estas reações individuais e coletivas realimentam e redefinem continuamente as próprias expectativas e normas sociais.

(...) nem toda ação das mulheres é uma instância de acomodação ou de resistência. Muitas ações (e atitudes) não são. Na verdade, uma ação, em uma instância, pode ser uma expressão de resistência e, num outro contexto ou situação, expressar acomodação. (Anyon, 1990:73)

Há, portanto, neste processo uma luta ativa e individual de toda mulher para alcançar um acordo ou superar os conflitos que envolvem a condição social de ser mulher – o que por sua vez, redundam em lutas coletivas. E, retomando o postulado de

Scott (1990), se gênero é o primeiro campo onde se articula o significado do poder, então as estratégias de acomodação e resistência utilizadas neste processo são também estratégias de acomodação e resistência às formas de exercício de poder nas relações sociais.

Martin (2006), em estudo feito com mulheres nos EUA, destacou seis estratégias que muito se assemelham às formas de acomodação e resistência descritas por Anyon, utilizadas por elas como formas de expressar sua conscientização de classe e de oposição à opressão que eram submetidas. São elas: aceitação, lamentação, recusa em agir, sabotagem, resistência e rebelião. No âmbito da maternidade a autora destaca como exemplos a recusa em agir adiando o máximo possível a ida para o hospital como forma de assumir o maior tempo possível o controle sobre o processo de parto; a sabotagem ao comer e beber furtivamente durante o trabalho de parto, tirar monitores quando os profissionais não estavam por perto ou sair para fazer longas caminhadas ao redor do hospital ou tomar longos banhos a fim de protelar o uso de monitores e evitar maiores intervenções; a resistência em se submeter ao controle médico questionando procedimentos, suportando represálias, mudando de profissional e até de instituição quando possível; e finalmente a rebelião como uma forma de resistência em grupo para além de casos isolados.

São também exemplos de resistência ao poder médico e questionamento de sua autoridade os movimentos de mulheres que conseguem pressionar social e politicamente as organizações médica no sentido de uma humanização de suas práticas. No Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e

o próprio Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) são em grande parte resultado dos movimentos sociais e políticos de mulheres neste âmbito.

Logo, para fins de análise, o conceito de poder de Arendt nos ajudará na compreensão da autoridade médica, das concepções de gênero enquanto normas sociais que são de alguma forma acordadas e aceitas pela maioria dos sujeitos. Por outro lado, quando nos debruçamos sobre o exercício micropolítico desse poder nas relações entre profissionais e pacientes nossa discussão se fundamentará no conceito foucaultiano de poder e suas possibilidades de resistência, de acordo com este autor e com Anyon.

CAP II – Autoridade médica, suas práticas e a medicalização do corpo feminino.

2.1. Autoridade médica

Uma vez delimitada nossa definição conceitual sobre violência, gênero e relações de poder faz-se necessário aprofundar a discussão sobre como esses conceitos se articulam no exercício cotidiano das práticas de saúde. Para fins de análise optamos por eleger como foco para discussão a categoria profissional em saúde que é mais estudada justamente por estar na origem da medicina moderna e, portanto, no topo da hierarquia do poder – a categoria médica, através da figura do profissional médico, propriamente dito. A partir deste profissional discutiremos a autoridade médica nos serviços e quais são as suas bases para o exercício do poder na relação entre o profissional de saúde e a paciente – relação esta sempre atravessada por questões de gênero. Sem ignorar, contudo, que esta autoridade é exercida (e a ideologia médica reproduzida) também pelos outros profissionais, em diferentes níveis, envolvidos nas práticas de saúde. No limite ou nos meandros desta relação, buscaremos captar as condições que possibilitam a ocorrência da violência institucional; o que leva ao seu exercício e como ela se dá.

Vimos com Foucault (1995) que o poder se exerce por meio das relações como uma ação sobre a ação dos outros. No âmbito das práticas de saúde este poder é exercido numa relação hierárquica por definição – a relação profissional de saúde/paciente. No topo desta hierarquia está o médico que é aquele quem dá a

última palavra, ou, dito de outra forma, é quem detém a maior autoridade sobre o corpo, a saúde, o cuidado e o tratamento do paciente. Esta autoridade é, por assim dizer, a fonte do poder médico.

De acordo com Starr (1991), a partir da segunda metade do século XIX a profissão médica passa a assumir cada vez mais uma posição social de maior autoridade cultural e de poder econômico e político. Esta autoridade médica (cultural e moral) sobre a sociedade baseia-se não somente em determinados conhecimentos científicos e tecnologias, como também em certos valores e crenças culturais que são compartilhados como verdadeiros e seu domínio sobre a conduta moral dos sujeitos. Ambos os tipos de autoridade, cultural e moral, portanto, embora frequentemente estejam juntas, não necessariamente o estarão sempre.

Ainda segundo este autor, os dois pilares de sustentação da autoridade médica são suas fontes de controle efetivo: legitimidade e dependência. A legitimidade baseia-se na aceitação por parte do paciente de que o médico detém um saber legitimado pela ciência sobre o seu corpo que ele próprio não detém. Este saber pressupõe maior competência na prática médica e, por esta razão, a aceitação da autoridade médica implica em uma renúncia do julgamento pessoal por parte do paciente, que deve obedecer voluntariamente. A legitimidade da autoridade médica se dá, principalmente, porque a saúde em nossa sociedade é um valor inequívoco de importância para todos, que historicamente foi monopolizado pela medicina.

A dependência, por sua vez, está pautada no receio de que se venha a sofrer conseqüências desagradáveis se esta autoridade não for obedecida, ou seja, não seguir a orientação médica pode resultar em agravos maiores para a saúde, por exemplo. E há entre ambos, legitimidade e dependência, uma relação dinâmica de

articulação que possibilita a estabilidade nas relações de autoridade: quando uma está ameaçada é a outra que sustenta a autoridade e vice-versa.

Outro ponto importante que queremos destacar aqui na análise que Paul Starr (1991) faz sobre a autoridade médica se refere a uma característica intrínseca de toda e qualquer autoridade de trazer como recurso inerente a possibilidade de uso da persuasão, da sanção, da coação e mesmo da força diante da negação de seu reconhecimento, de uma desobediência ou resistência direta, ao mesmo tempo em que este uso por si só contraria a própria legitimidade da autoridade, colocando-a em suspenso. Esta concepção está de acordo com o conceito de poder para Foucault, ou seja, as relações de autoridade para Starr (1991) e as relações de poder para Foucault (1995) requerem um sujeito não coagido, não anulado em sua subjetividade. O que também vai ao encontro da distinção feita por Arendt (2009) entre violência e poder. Para ela, a autoridade legítima seria uma expressão de poder, se for construída no diálogo livre entre as pessoas. Quando a autoridade precisa de força, sanção ou coerção para ser obedecida, sai do campo de poder e adentramos a violência – a capacidade de dispor dos meios para atingir um determinado fim. A violência, portanto, erode as condições de geração de poder – entendimento e compreensão como fim.

Neste sentido, Starr (1991) nos chama a atenção para os limites da autoridade moral do médico que precisa estar pautada numa ética profissional para manter sua legitimidade. Sobre esta questão Schraiber (1995, 2008;) coloca que tanto a ética quanto a técnica são dimensões da prática médica, e nesta interação a medicina é uma prática social moral-dependente. A formação de bons vínculos no sentido de interesse pelo outro é importante para a efetiva eficácia da técnica, ou seja, o bom

cuidado é produzido quando há uma dependência moral no uso da técnica, e a ética da profissão é realizada no cotidiano. Assim, a reta conduta moral do profissional implica também no reconhecimento dos limites de sua autoridade moral com o paciente e no uso adequado da técnica.

Schraiber (2008) nos lembra que a obediência do paciente à autoridade médica tem como lastro histórico em sua base a confiança que se estabelece nesta relação de interação pessoal. Por esta razão a atual mudança no caráter das relações, pela qual passa a Medicina moderna, lhe imputa uma dupla perda: como um valor ético humano e como necessidade técnica, uma vez que:

A confiança e uma ética de relações que a viabilize são essenciais para o agir técnico do médico, tornando essencial o encontro entre a técnica e a ética (Schraiber, 2008:211)

Sendo assim, segundo esta autora, a medicina na sua conformação atual (a de uma medicina tecnológica) ressalta a dimensão de “técnica tecnologia dependente”, com uma grande valorização da base científica desta tecnologia, ao mesmo tempo enfraquecendo o caráter “moral dependente” da prática que se apóia na interação entre os sujeitos. No entanto, todo agir médico é sempre singular e único porque implica num conhecimento e numa técnica científica articulados com o saber prático (experiência pessoal e profissional do médico) aplicados à singularidade de cada caso (Schraiber, 2008).

(...) o desempenho de um profissional não se alimenta apenas das condições materiais, ou sequer somente de sua sabedoria técnico-científica. Também se faz com base nos dispositivos relacionais, fruto das éticas interativas e comunicacionais (Schraiber, 1997:128).

A perda da ética, portanto, conduz ao fracasso técnico e prático, uma vez que engendra a violência (transformando sujeito em objeto) com muito pouca possibilidade de resistência, em função da dependência e legitimidade do saber e prática envolvidos. A erosão da qualidade ética das interações entre profissionais e pacientes é, em grande parte, responsável pela crise de confiança que Schraiber (2008) detecta na medicina tecnológica contemporânea. É neste sentido que buscamos a dimensão da discriminação de gênero na crise da confiança da medicina tecnológica, ou seja, como é que a crise da confiança, que está colocada para a medicina tecnológica, se aplica às questões da medicalização do corpo feminino na assistência ao parto e puerpério e nas questões da violência institucional nas maternidades.

E é justamente no campo dos dispositivos relacionais a que se refere Schraiber que observamos as formas de violência institucional mais difíceis de serem percebidas como tal pelos sujeitos envolvidos, ainda que impliquem de forma bastante clara na anulação da autonomia do sujeito e na sua discriminação por alguma diferença de classe, etnia ou gênero. Estas formas, quando percebidas, são freqüentemente traduzidas no âmbito da maternidade por falas grosseiras e desrespeitosas para com as pacientes e desatenção quanto as suas necessidades tanto de analgesia e uso apropriado de tecnologia como de ajuda para se levantar, locomover, tomar banho, dentre outras – pautadas em estereótipos de gênero que julgam sobre a moral e a vida sexual da mulher ao mesmo tempo em que lhe relegam uma sobrecarga de atribuições ao papel materno.

Martin (2006) nos chama a atenção, neste contexto, para a “tripla dificuldade” que sofrem as mulheres negras de baixa renda: etnia, classe e sexo. O

tratamento diferenciado das mulheres em trabalho de parto por estas condições pode afetar profundamente a experiência de parto destas mulheres que vindas de uma classe já oprimida socialmente verão como esperadas condutas hostis na assistência pública e buscarão resistir a essas condutas dentro do limite que lhe é possível mover-se nesta relação com o profissional de saúde.

Esta dimensão relacional é primordial se pensamos a assistência à saúde como um cuidado integral tal como definido por Ayres:

Uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde (2004:22)

O autor ressalta que sempre há, no encontro entre profissional de saúde e paciente, uma “objetificação” posta em função da técnica que justifica a ocorrência deste encontro. Ou seja, o paciente vai à procura de um conhecimento técnico científico que o profissional detém. Contudo, o encontro entre esses dois sujeitos não deve se resumir ao processo de objetivação de uma das partes, visto que isso anularia a subjetividade da mesma, transformando o sujeito em questão em mero objeto de análise diagnóstica e intervenção, reduzindo a possibilidade de eficácia técnica e sucesso prático desse encontro. Ao contrário, a presença do paciente diante do profissional de saúde lhe demanda elementos que vão além da técnica tecnológica na assistência a esse paciente para a sua efetividade (Schraiber, 1997; Ayres, 2001).

Entretanto, se na prática observamos que estes elementos são freqüentemente negligenciados na assistência ao parto e puerpério, é necessário compreender como

historicamente o corpo feminino, corpo reprodutor por excelência, tornou-se objeto de controle da medicina.

2.2. A medicalização do corpo feminino:

Até o século XVI o conhecimento sobre o corpo feminino se detinha, sobretudo, quanto a sua capacidade reprodutora. O partejar era de domínio exclusivo das mulheres, não apenas por ser do âmbito do privado mundo feminino como principalmente por ser considerado de pouca importância para que dele se ocupassem os homens. Contudo, os interesses políticos, econômicos e ideológicos do Estado, emergente como Nação, e da Igreja no controle da natalidade a fim de assegurar a continuidade da nação e a soberania do catolicismo, fez com que rígidas regulamentações passassem a ser impostas às parteiras na luta contra o aborto, o infanticídio e o protestantismo. Essas medidas, que transformaram as parteiras em importantes agentes de vigilância e controle da população devido ao acesso particular que tinham à vida familiar, também tiveram no seu extremo oposto como consequência a caça a essas mulheres – detentoras de um saber sobre o corpo feminino – como bruxas pela Santa Inquisição (Rohden, 2001; Vieira, 2002).

Porém, é somente durante os séculos XVIII e XIX que a prática de cuidados com o corpo feminino vai se desenvolver, organizar e, enfim, se consolidar como área do conhecimento de domínio exclusivo dos médicos e dos homens. Isto ocorre em função do desenvolvimento de tecnologias de intervenção e conhecimento cirúrgico sobre o corpo feminino – em grande parte favorecido pela apropriação do parto como evento médico. Da obstetrícia, nome dado a estes conhecimentos e

práticas sistematizados, nascem: a ginecologia, a embriologia e a genética (Vieira, 2002).

Até o século XVIII o parto envolvia um risco alto de morbimortalidade materna e fetal, com índices alarmantes na Europa Ocidental, principalmente por causa da recorrência de infecção puerperal. Nesta época o parto já passava pelo processo de hospitalização e muitas mulheres viam os hospitais como sentenças de morte, preferindo a todo custo ter seus filhos em casa. Foi somente durante o século XIX que a Medicina logrou desenvolver técnicas cirúrgicas, uso de anestésicos e teve êxito no combate à infecção puerperal, o que, então, lhe possibilitou a consolidação do domínio efetivo sobre essa prática no âmbito hospitalar (Vieira, 2002).

Foucault (2007a; 2007b) ressalta a natureza política no desenvolvimento da medicina como uma estratégia biopolítica da sociedade capitalista a fim de obter um controle social através dos corpos. Este controle torna-se possível não só porque a medicina cria modelos científicos para a sexualidade e a reprodução como também porque atua no campo da moralidade, disciplinando corpos e regulamentando normas de conduta tanto na vida pública quanto privada, sobretudo das mulheres e crianças.

O século XIX, portanto, é marcado pela consolidação da medicina contemporânea como um saber científico e um novo tipo de prática médica com um projeto de medicalização dos corpos – uma medicina social, no sentido de estar voltada para a grande massa da população (Foucault, 2007a). Seu contexto histórico era o da própria formação da sociedade capitalista. No Brasil é apenas no final do século XIX que se tem a constituição da medicina social e a ampliação da medicalização da sociedade (Vieira, 2002).

Por medicalizar entendemos a transformação de *aspectos da vida cotidiana em objeto da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais* (Vieira: 2002:19). E esta medicalização envolve fundamentalmente dois sentidos: o da produção de idéias sobre o corpo, a ciência, a saúde, a doença, a vida e a morte, e o de extensão dos cuidados médicos a todos os âmbitos da vida e cada vez a mais pessoas (Vieira, 2002). Nas mulheres, esta extensão se dá sobre todos os seus ciclos vitais – menstruação, gravidez, parto e menopausa – que passam a serem objetos de intervenção da medicina, numa produção de idéias que vê o corpo feminino como essencialmente “contaminado” e “patológico”, a fim de justificar condutas medicamentosas sobre estes eventos. Tem-se como herança ideológica desta moral repressora, que alija as mulheres do conhecimento de seu próprio corpo, a vivência desses fenômenos do ciclo vital feminino por parte de muitas como algo que é doentio, “sujo” ou temeroso (Simões Barbosa, 1995)

De acordo com Vieira (2002) a medicalização do corpo feminino objetificado como corpo reprodutor naturaliza um papel social da mulher que é tomado como seu destino biológico. E para tanto a construção teórica de um ideal de natureza feminina foi fundamental:

A idéia de “natureza feminina” baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorrem idéias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos “naturais” e “essenciais” à divisão de gêneros na sociedade (Vieira, 2002:31).

Assim, embora as relações de gênero sejam construções sociais e, portanto, assumam diferentes formas e caminhos de acordo com as diversas culturas e contextos históricos, é inegável na sociedade capitalista a influência do papel da medicina com todo o seu processo de medicalização e objetificação do corpo feminino na constituição das identidades de gênero.

CAP III – Metodologia:

Ao nos debruçarmos sobre o tema da violência institucional em maternidades e, por questões de recorte do objeto, as maternidades públicas, buscamos o que possibilita ou alimenta a ocorrência de condutas profissionais desrespeitosas e até hostis para com as mulheres (aqui consideradas como um tipo de violência), quais são e como se dão estas condutas. Ou seja, não buscamos provar que a violência de fato acontece nas maternidades ou com que frequência isso se dá, uma vez que partimos do pressuposto de que essa violência exista como nos informa a literatura a respeito. O que nos incitou a esta pesquisa foi entender o porquê e este “porquê” implicava em compreender também “como” este tipo de violência era vista e vivida pelos sujeitos envolvidos: as pacientes e os profissionais.

Apresentava-se aí nosso primeiro desafio: a escolha do caminho metodológico para se chegar a esta compreensão. Nossa escolha foi por uma abordagem metodológica qualitativa, visto que o tema nos situa no campo do simbólico e da subjetividade.

Restava-nos, então, definir as técnicas utilizadas para coleta de dados de acordo com o recorte do objeto, os objetivos e a hipótese de trabalho que nos lançara nesta seara.

Como hipótese, propomos que a violência institucional – entendida aqui como aquela que é cometida por profissionais de saúde no âmbito da assistência em maternidades públicas contra gestantes, parturientes e puérperas – está pautada por significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher. Estes

significados, atravessados pelas ideologias médica e de gênero, tornaram-se naturalizados na cultura institucional, favorecendo as condições de existência e perpetuação desse tipo de violência que, portanto, não deve ser compreendida apenas como reflexo das precárias condições de trabalho dos profissionais.

Essa ideologia médica, de naturalização da dor do parto e objetificação do corpo feminino, encontra-se expressa de forma particular no contexto da crise de confiança nos profissionais que a medicina tecnológica contemporânea engendra (Schraiber, 2008). Ou seja, o distanciamento na relação pessoal entre profissionais e pacientes, que passa a ser intermediada apenas pela tecnologia na qual se apóia, exacerba a objetificação destes e torna mais aguda a violência institucional.

A violência institucional em maternidades, portanto, é, fundamentalmente, uma violência que ocorre no seio de relações de poder desiguais: as relações de gênero e a relação profissional de saúde e paciente.

Nosso recorte para maternidades públicas se deu por questões de viabilidade e tempo, uma vez que, um estudo que abarcasse também maternidades privadas nos exigiria recursos humanos e técnicos que não dispúnhamos dentro do prazo previsto para o término da pesquisa.

Assim, nosso objetivo geral foi o de analisar a intrincada construção de uma postura profissional e institucional de hostilidade e violência contra a mulher, baseada nas relações de gênero e institucionalizada nos serviços públicos de atenção à maternidade.

Para tanto, tomamos como objetivos específicos: 1. descrever as experiências de contato das mulheres com maternidades públicas (acesso, assistência hospitalar e relação com os diversos profissionais, experiências de parto) e a ocorrência de maus

tratos, do ponto de vista das mulheres e dos profissionais de saúde; 2. investigar as conseqüências desta forma de violência na história de vida das mulheres, na sua saúde e na saúde de seus filhos, da perspectiva de mulheres e profissionais; 3. analisar as convergências e divergências de concepções sobre a violência entre profissionais de saúde e mulheres; 4. compreender os processos pelos quais se dá a ocorrência da violência no interior da prática em saúde e de suas instituições.

A escolha por manter o termo “violência institucional” marca nossa posição neste debate, a fim de lançar luz sobre o assunto, assumindo o risco e as implicações de encontrar resistências durante a coleta de dados, mas também almejando com isto a possibilidade de que se pudesse falar clara e diretamente sobre o mesmo. Desta forma, um primeiro limite nos apareceu concretamente: a técnica de observação de campo como instrumento para coleta de dados, dificilmente seria aceita em alguma instituição e, se o fosse, já estaria enviesada diante da própria apresentação da pesquisadora.

Logo, prevaleceu como técnica mais adequada a entrevista tanto com profissionais quanto com puérperas (na qualidade de usuárias destes serviços de saúde), uma vez que estamos considerando, de acordo com Michelat (1982), que todo indivíduo é representativo de uma imagem, mesmo que particular, da cultura à qual pertence; entendendo-se aqui, por cultura *o conjunto das representações, das valorizações efetivas, dos hábitos, das regras sociais, dos códigos simbólicos* (p.194). Todas as entrevistas foram gravadas em fita cassete e realizadas pela própria pesquisadora do estudo bem como a conferência das transcrições, realizadas por profissionais contratados.

Para maior clareza na apresentação e discussão dos dados optamos por identificar os sujeitos por letras e números: as letras correspondem à procedência do entrevistado – “P” para Puérperas e “O” para Obstetras, “E” para Enfermeiras e “T” para as Técnicas de enfermagem – e o número de acordo com a ordem de realização da entrevista.

Sobre a entrevista

Optamos pela utilização da entrevista semi-estruturada, apoiada em um roteiro que contemplou algumas questões e tópicos previamente determinados. Esta modalidade de entrevista nos permitiu a condução da mesma sem perder o foco em nosso objeto de estudo, ao mesmo tempo em que outras questões puderam ser formuladas de acordo com o que era trazido por cada informante a fim de esclarecer e aprofundar o tema.

Esta técnica de coleta de dados, privilegiada em pesquisas qualitativas, busca apreender, nas produções verbais dos indivíduos, a cultura e as subculturas às quais pertencem e os mecanismos próprios à sua constituição (Michelat, 1982). De acordo com Minayo (1998), a entrevista nos dá esta possibilidade porque se trabalha com a linguagem como meio de expressão da tradição cultural onde ficam marcadas as ideologias que perpassam as relações de trabalho e de poder.

No caso das puérperas que entrevistamos, suas narrativas de partos nos deram acesso às representações que a sociedade construiu sobre esse evento e como essas representações regulam também a forma singular de vivenciá-lo. Isto nos possibilitou ampliar a compreensão sobre como essas representações individuais são produzidas e reproduzidas, pautadas, por sua vez, em representações de gênero da nossa sociedade

e em representações construídas pela própria medicina sobre o parto e o nascimento para que, então, possamos avançar na compreensão do fenômeno da violência institucional nesse espaço da assistência à saúde.

Segundo Michelat (1982:195), *só se pode construir o modelo de uma cultura a partir de suas produções*. Considerando-se que todo trabalho é uma produção social, no sentido de que interfere e ao mesmo tempo é determinado pela sociedade, a prática em assistência à saúde também é uma produção social (Schraiber, 1993).

No caso das entrevistas com os profissionais, a reflexão sobre suas experiências em torno deste tema também nos remeteu às concepções da Medicina sobre o parto, o nascimento e o corpo feminino como um corpo reprodutor e, ao mesmo tempo, às percepções individuais de cada um dos entrevistados enquanto sujeitos históricos e de gênero inseridos na sociedade. Da mesma forma, estas representações nos possibilitaram ampliar a compreensão sobre o fenômeno da violência institucional, através da própria reflexão destes profissionais sobre o tema e no diálogo de suas falas com a das puérperas entrevistadas.

De acordo com Schraiber (1995) a técnica da entrevista traz a vantagem de se explorar o coletivo através da reconstrução pessoal de cada narrador. Esta “reprodução” individual do coletivo trabalha, por assim dizer, na subjetividade do relato dado, a objetividade do real, ao mesmo tempo em que o conteúdo do que é relatado parte da experiência pessoal do entrevistado com determinações sociais, culturais e históricas que lhe são próprias e que vão marcar as concepções das quais ele lançará mão em seu relato acerca do real.

Este movimento sempre dialético entre o individual e o coletivo na fala dos sujeitos entrevistados foi o que nos possibilitou a aproximação do entrelaçamento das

representações sobre experiência de parto e violência institucional no modelo cultural constituído em nossa sociedade.

Vale ressaltar que por sua singularidade o momento da entrevista possibilita que se estabeleça uma relação entre o entrevistador e o entrevistado que facilita a produção de informações de várias formas. No caso das puérperas, além dos elogios que tinham ao que consideraram uma boa assistência, sempre que foi possível estabelecer um clima de confiança, confidencialidade e afinidade elas puderam também demonstrar suas insatisfações, dúvidas, críticas, receios, curiosidades (inclusive a respeito da origem da entrevistadora e de seu trabalho) e questionamentos durante ou após o término da entrevista.

*“Ai, posso falar que o médico era horrível? (**Pode, pode falar. Era horrível, como?**) Chato. Sabe quando você chega já deprimida, morrendo de medo, e ele além de [ao invés de] animar você, não, ele desanima.” (P8)*

Embora Domingues et al. (2004) apontem as dificuldades que as usuárias do serviço de saúde têm em criticar esses serviços, sobretudo na assistência perinatal porque há uma tendência a se sentirem aliviadas e com sentimentos positivos depois do nascimento de filhos saudáveis (o que compensaria qualquer experiência ruim durante a assistência), consideramos que no nosso caso o momento da entrevista pode se configurar como um espaço seguro para o desabafo, a queixa e a crítica sem o receio de represália que, como veremos, muitas vezes não permite que as pacientes expressem o seu descontentamento com a atenção recebida. O que é corroborado por Dalsgaard (2006), em seu estudo sobre esterilização feminina no nordeste brasileiro. A autora também percebeu que no ambiente doméstico, diferente do espaço

hospitalar, as mulheres por ela entrevistadas podiam se queixar dos profissionais e expressar sua indignação com mais liberdade.

Neste sentido, o término da entrevista foi, na maior parte dos casos, um momento de descontração e informalidade, no qual a entrevistadora podia, enfim receber o tratamento de uma visita, com a oferta de água, café, lanche. E muitas vezes, foi neste momento que as entrevistadas manifestaram seu interesse por saber qual a finalidade do estudo e se isto melhoraria a assistência para outras mulheres. Dentre aquelas que não tinham qualquer experiência pessoal ou narrada de maus tratos também foi freqüente a reação de surpresa e o interesse em saber se isso de fato acontecia ou poderia acontecer com as mulheres em maternidades públicas.

Também para os profissionais tanto a conversa inicial sobre os objetivos da pesquisa quanto o término da entrevista foram momentos cruciais para a expressão de sentimentos, concepções, dúvidas, questionamentos e críticas tanto às instituições de saúde quanto a colegas. Muito provavelmente a descontração com o fato de não estar sendo gravado favoreceu estas expressões espontâneas e em alguns casos inclusive o entusiasmo com o tema demonstrado na hora de pensar nos colegas que indicariam para as próximas entrevistas. Também a preocupação com sua própria prática como objeto de avaliação foi demonstrada como no caso de um obstetra que ao final da entrevista perguntou qual era a “análise final” de tudo que ele tinha dito, se a pesquisadora achava que ele era “violento” com suas pacientes. Apesar do esclarecimento da mesma, com intuito de tranquilizá-lo, de que a análise não se propunha à avaliação dos indivíduos e que o conceito de violência era visto por ela como uma construção social e não meramente um caráter pessoal, o entrevistado continuou refletindo sobre o que tinha sido a entrevista para ele, ressaltando que as

perguntas do roteiro eram bem “capciosas”, porque toda vez que ele achava que tinha “escapado” dando uma “boa” resposta, logo vinha outra pergunta na qual era fácil se contradizer.

Este evento em particular nos fala não só da possibilidade de reflexão de cada entrevistado sobre sua própria prática, ainda que se digam de antemão contra a violência institucional e humanizados, mas também sobre a eficácia do roteiro consoante com os nossos objetivos. E por outro lado reafirma a preocupação dos entrevistados em causar uma “boa impressão” na entrevistadora, no sentido de não serem vistos como “maus profissionais”, ou profissionais violentos. De alguma forma, este receio aponta para a possibilidade de consciência destes profissionais de práticas que eles próprios consideram incorretas ou inadequadas.

Os roteiros (Anexos I e II) contêm questões-chave que nos serviram como fio-condutor, sem prejudicar o respeito pelo fluxo de idéias dos informantes. A fim de testá-los foram realizadas duas entrevistas-piloto com as puérperas e três com os profissionais (dois médicos e uma auxiliar de enfermagem). Em função da falta de modificações consistentes no roteiro dos profissionais, após o piloto realizado com a auxiliar de enfermagem, e da quantidade de informações relevantes que as entrevistas-piloto com os médicos traziam, optamos por incluí-los na análise. Os roteiros também foram apresentados a profissionais que realizam o atendimento de pré-natal das equipes do Programa de Saúde da Família atuantes nas UBS onde foram captadas as puérperas, o que nos trouxe alguns valiosos acréscimos.

Desta forma, foram realizadas 20 entrevistas com mulheres que tiveram seus filhos em maternidades públicas na zona oeste da cidade de São Paulo e 1 entrevista⁶

⁶ Esta entrevista não estava no escopo original da pesquisa, foi indicada como usuária de serviço público e só durante a entrevista a pesquisadora soube que o seu último parto foi realizado em

com usuária de serviço particular (P21) moradora da mesma região que as demais entrevistadas. Todas as entrevistas foram realizadas até 3 meses após o parto. Foram feitas 18 entrevistas com profissionais de saúde: 10 médicos ginecologistas-obstetras (incluindo os pilotos); 5 enfermeiras e 3 técnicas em enfermagem. Todos os profissionais entrevistados trabalham em diferentes maternidades públicas tanto na cidade de São Paulo quanto na região denominada de grande São Paulo que abrange os municípios de São Caetano do Sul e Santo André, onde atuam 5 dos entrevistados. A captação deste grupo para as entrevistas se deu através de indicação interpessoal, conhecida como “bola de neve”, na qual profissionais trabalhadores da região de São Paulo indicaram colegas e assim sucessivamente, formando uma ou várias redes de indicações.

Em função da disponibilidade de tempo dos profissionais as entrevistas foram realizadas em locais de suas escolhas: consultórios particulares ou outros locais de trabalho, entre um atendimento e outro, em momentos de descanso ou de menor movimento da demanda, ou ainda na própria residência do entrevistado após horário de trabalho, em dias de folga ou finais de semana. O fato de o contato ser feito através da indicação de um colega facilitou tanto a abordagem da pesquisadora para o convite da entrevista quanto à aceitação do profissional. Contudo, a dificuldade quanto à disponibilidade de horários dos entrevistados foi sempre um desafio a ser enfrentado e nem sempre superado, acarretando a justificativa de algumas recusas ao convite (seis no total).

A captação de puérperas para as entrevistas, por sua vez, se deu por indicação de profissionais de três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona oeste da cidade de

maternidade particular. Entretanto como se assemelhava às demais entrevistas nos dados levantados optamos por não descartá-la.

São Paulo. A escolha da região foi apenas por fins logísticos de trabalho de campo uma vez que a instituição à qual se vincula esta pesquisa tem boa inserção nas referidas UBS. Os critérios de escolha para as entrevistas com as pacientes foram os mesmos dos profissionais: disponibilidade para entrevista e ser boa informante. Além disso, procurou-se escolher tanto mulheres primíparas quanto múltíparas, adolescentes ou não. As entrevistas foram todas realizadas na residência das informantes, a fim de favorecer os sentimentos de descontração e de segurança dessas mulheres no relato de suas experiências com o atendimento em maternidades públicas. De uma forma geral, nas três UBS configurou-se como melhor meio de abordagem das pacientes para a entrevista o convite feito pelos próprios agentes comunitários de saúde, embora algumas tenham sido feitas pelos próprios médicos em suas consultas. Para tanto a pesquisadora tinha contato em reuniões com as equipes do Programa de Saúde da Família, atuantes nas UBS e juntos levantavam a lista de puérperas que poderiam ser indicadas para a entrevista. A pesquisadora explicava o objetivo de sua pesquisa para as equipes e combinava com os Agentes que o convite seria para uma conversa sobre o atendimento em maternidades públicas. A exclusão do termo “violência” num primeiro contato foi intencional por se considerar que a paciente poderia recusar participar da pesquisa se não considerasse como violência algum mau-trato sofrido. No contato da pesquisadora com a convidada os objetivos eram esclarecidos com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Muitas alegaram terem sido bem tratadas e que, portanto, não julgavam ter algo a dizer que pudesse ajudar. Diante desta alegação a pesquisadora esclarecia que era importante saber também sobre as experiências boas a fim de ampliar a compreensão sobre a assistência nesses serviços, além do desejo

de ouvir a opinião pessoal da entrevistada sobre o tema em questão. Contabilizamos um máximo de 5 recusas. Nos casos em que se deu a permanência de familiares no ambiente da entrevista, como parceiros, por exemplo, estes foram convidados pela pesquisadora a participar dando sua opinião ou como ocorreu na maioria das vezes a convite da própria informante que requisitava o parceiro a entrar em cena.

Não foi fundamental que todos os informantes, profissionais e puérperas, viessem da mesma instituição por considerarmos primeiro que há uma relativa homogeneidade entre as maternidades públicas das grandes cidades e segundo que havendo diversidade também nos interessaria. No caso das puérperas a grande maioria vinha de duas maternidades públicas de referência da região em função do próprio local de captação para as entrevistas. Contudo, maternidades que possuem programas de humanização já implementados ou casas de parto surgiram em algumas entrevistas com profissionais⁷, sem que houvesse uma busca ativa por profissionais com este tipo de experiência.

Sobre a análise

A transcrição concomitante à realização das entrevistas, sobretudo no período de entrevista dos profissionais, permitiu uma leitura paralela de boa parte do material à medida que ele ia sendo produzido. Isto possibilitou não só um primeiro contato com o material através de uma leitura flutuante como também viabilizou a reflexão e o aprofundamento nas entrevistas subsequentes de alguns temas que surgiam do material empírico e que se destacavam como categorias para uma análise temática.

⁷ Essa questão não surgiu nas entrevistas com as puérperas.

Em momento posterior foi realizada uma leitura detalhada de cada entrevista e uma primeira categorização dos dados de acordo com os eixos temáticos que nortearam o roteiro, pautados em nosso referencial teórico. Esta leitura vertical permitiu à pesquisadora o reconhecimento de um perfil particular de cada sujeito entrevistado. Numa terceira etapa os dados foram reagrupados de acordo com o conjunto de respostas de cada grupo – puérperas e profissionais. Ou seja, uma leitura horizontal dos dados possibilitou a comparação de todas as respostas de cada grupo para a mesma questão e a reordenação em categorias de análise mais abrangentes e melhor delimitadas.

Assim a categorização final contou com três grandes categorias de análise: cuidado em saúde, gênero e violência, engendrados nas relações de poder em que se exercem. Essas três temáticas perpassam todo o material coletado e são discutidas dialeticamente durante toda a análise. Para uma melhor apresentação dos dados agrupamos cuidado e gênero em um único tópico, uma vez que, em função da repetição de temas observamos o entrelaçamento das questões de gênero no cuidado em saúde.

A categorização a partir desses três grandes eixos temáticos não apenas dialoga com nosso referencial teórico como propositalmente busca respeitar a ordem em que os dados foram surgindo durante a entrevista, deixando a apresentação e discussão sobre a violência propriamente para o final. Optamos na elaboração dos roteiros por deixar que o termo “violência” surgisse apenas *a posteriori* (do meio para o final do roteiro), uma vez que, como a literatura já nos informava, este termo é mais comumente associado à violência física e sexual, sobretudo no espaço urbano. Essa estratégia visava permitir que o entrevistado pudesse aos poucos se familiarizar

com o tema da pesquisa a partir do que ele mesmo trazia sobre o que considerava maus tratos e desrespeito, ainda que todos fossem informados claramente logo no início da entrevista que se tratava de uma pesquisa sobre a violência institucional em maternidades.

O que observamos, e será demonstrado na análise, foi que para a maioria dos entrevistados, tanto puérperas quanto profissionais, os maus tratos não eram sempre identificados como uma “violência”, mas ao serem solicitados para definir o que consideravam uma violência dentro dos serviços de maternidade suas definições coadunavam com os exemplos citados de maus tratos. Logo, pareceu-nos interessante para a análise também esta organização de apresentação dos dados a fim de ressaltar a invisibilidade e a banalização desta violência dentro dos serviços, e a importância das questões relativas à organização do cuidado e das relações de gênero na ocorrência deste tipo de violência.

Durante a análise, surgiram categorias menores a partir do material empírico em diálogo com o referencial teórico. Desta forma, o cuidado pode ser apreendido nas falas através de: **ações de suporte** como assistência à higiene, alimentação e outras necessidades básicas da paciente e do recém-nascido; **ações técnicas** como realização de procedimentos e intervenções de caráter tecnológico e **ações comunicativas** que abrangem a esfera da interação verbal e/ou gestual entre pacientes e profissionais. Perpassando estas questões analisamos o que é percebido como bom ou mau atendimento, o que é percebido como paciente “boa” ou “difícil” e o que é percebido como violência, tanto para puérperas quanto para os profissionais.

Nas questões de gênero destacaram-se como categorias empíricas a naturalização da dor do parto e, em contrapartida, a figura da paciente “escandalosa” como principalmente aquela que não suporta esta dor calada.

A leitura exaustiva de todo o material buscou explorar o máximo possível todas as confluências e divergências de discursos entre as puérperas, entre os profissionais e entre esses dois grupos concomitantemente, a fim de que a compreensão do “como” e do “porquê” a violência acontece pudesse ser apreendido a partir do relato dos entrevistados. Contudo, estamos cientes de que nenhuma análise esgota suas possibilidades de diálogo e ampliação do conhecimento.

Parâmetros Éticos da Pesquisa

Foram respeitados os princípios éticos de sigilo e anonimato dos informantes e instituições pesquisadas dada a delicadeza dos dados pretendidos e conforme preconizado em estudos com seres humanos.

Assim, de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, sobre normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e com os princípios contidos na Declaração de Helsinki (World Medical Association, 2000), a presente pesquisa se dispõe a:

1. Só realizar a coleta de dados após aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos indivíduos-alvo da pesquisa, em respeito a sua dignidade e autonomia;

2. Comprometer-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, dada a relevância social da pesquisa que implica em vantagens significativas para o grupo pesquisado;
3. Por ser um tema sensível e delicado, que pode provocar recordações de eventos dolorosos, nos casos em que a situação da entrevista desencadear reações emocionais será oferecido ao entrevistado o devido encaminhamento para suporte psicológico e jurídico, se necessário;
4. Deixar claro que a pesquisa não pretende entrar em julgamentos quanto ao trabalho dos profissionais nem da instituição, uma vez que não se trata de uma pesquisa de avaliação dos serviços públicos de maternidade; o que estará sendo enfocado e discutido será a problematização de um modelo;
5. Assegurar a confidencialidade, a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos grupos pesquisados e das instituições, bem como a garantia da não utilização das informações em prejuízo dos mesmos, inclusive em relação a sua auto-estima, prestígio e situação econômica;
6. De acordo com o interesse e disponibilidade dos grupos pesquisados e das instituições onde será realizada a pesquisa, comprometer-se com o retorno dos resultados possibilitados pela pesquisa;
7. Após o término da pesquisa as fitas contendo a gravação das entrevistas serão devidamente inutilizadas para melhor segurança do anonimato dos entrevistados.

CAP IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1. Perfil dos entrevistados

4.1.1 Puérperas

Para uma maior compreensão do grupo de puérperas entrevistadas segue um breve perfil sócio-econômico e de seus históricos de partos.

Quadro 1 — Perfil Sócio-Econômico

Puérperas	Idade	Escolaridade	Cor declarada	Ocupação Profissional dela	Renda familiar
P1	28	Fundamental inc. (4ª série)	Parda	Limpeza	R\$350,00 (ela)
P2	16	Fundamental inc. (7ª série)	Branca	Do lar	Não sabe dizer (pai)
P3	32	Fundamental inc.(1ª série)	Parda	Do lar	Entre R\$200,00 e R\$400,00 (marido)
P4	32	Fundamental inc.(3ª série)	Morena	Desempregada (acompanhante de senhora)	Cerca de R\$1.000,00 (marido)
P5	30	Fundamental inc.(3ª série)	Branca	Do lar	Recebe ajuda da família
P6	28	Fundamental inc. (5ª série)	Negra	Doméstica	R\$900,00 (casal)
P7	32	Médio inc. (1º ano)	Negra	Operadora de máquina.	R\$1.100,00 (casal)
P8	20	Fundamental inc.	Branca	Doméstica	R\$700,00 (casal)
P9	29	Fundamental inc. (8ª série)	Branca	Do lar	R\$300,00 (pensão)
P10	19	Fundamental inc. (8ª série)	Parda	Doméstica	R\$950,00 (casal)

Continua...

...continuação

Puérperas	Idade	Escolaridade	Cor declarada	Ocupação Profissional dela	Renda familiar
P11	29	Médio completo	Branca	Promotora de vendas	Cerca de R\$1.500,00 (casal)
P12	28	Médio completo	Branca	Professora	R\$1.800,00 (casal)
P13	28	Fundamental inc. (5ª série)	Parda	Artesanato em casa	R\$540,00 (marido)
P14	16	Médio inc. (1º ano)	Branca	Do lar	Cerca de R\$730,00 (padrasto)
P15	27	Médio completo	Parda	Auxiliar administrativa	R\$2.200,00 (casal)
P16	38	Fundamental inc. (7ª série)	Negra	Diarista	R\$600,00 (marido)
P17	36	Médio completo	Branca	Agente Comunitária de Saúde	R\$1.300,00 (casal)
P18	36	Fundamental inc.(6ª série)	Morena clara	Costureira	R\$1.400,00 (casal)
P19	37	Fundamental inc.(4ª série)	Morena	Auxiliar de limpeza	R\$560,00 (ela e o filho)
P20	42	Fundamental inc.(1ª série)	Parda	Do lar	R\$600,00 (marido)
P21	22	Médio completo	Parda	Atendente em supermercado	R\$1.500,00 (casal)

Dentre as entrevistadas, duas (P2 e P14) são menores de idade, primíparas e continuam vivendo com suas famílias nucleares. Em ambos os casos as adolescentes contam com o apoio e ajuda financeira do namorado (pai do bebê) e a gravidez foi bem aceita pelos familiares. As mais velhas do grupo são também as que têm o maior número de filhos (ver quadro abaixo).

A renda familiar foi tomada como base para um referencial econômico de subsistência. Para metade dos casos a contribuição para a renda familiar vinha do casal ou de filhos. No restante dos casos, a renda baseava-se nos rendimentos da

entrevistada ou na ajuda da família de origem dela ou do parceiro. Cinco entrevistadas contam com menos de R\$600,00⁸ para subsistência familiar e uma (P5) está com o marido doente e desempregado, dependendo da ajuda de familiares para alimentação e pagamentos de contas básicas. Mais da metade das entrevistadas exercem algum tipo de atividade profissional remunerada, o que em alguns casos como o de P1, é a única fonte de renda com a qual pode contar. Em todos os casos a rede social de apoio contribui de alguma forma para amenizar as dificuldades financeiras e sociais, em geral com apoio emocional e financeiro durante a gestação, parto e puerpério.

A maioria se declarou afro-descendente de alguma forma sob as denominações de “parda” e “morena”. Todas as entrevistadas moram em regiões consideradas pobres; algumas em conjuntos habitacionais de baixa renda e outras em barracos de apenas um ou dois cômodos feitos de madeira em comunidades carentes – favelas. Poucas dispunham de casa própria.

No que se refere à escolaridade das entrevistadas, o grupo variou entre os extremos de P20 que só sabia escrever seu primeiro nome e P12, professora primária numa escola particular. A análise das profissões associada à escolaridade das entrevistadas mostra que dentre as que trabalham e possuem até 9 anos de estudos há uma inserção predominante no ramo de prestação de serviços. Sete das entrevistadas possuem até 4 anos de estudo, dentre estas duas (P20 e P3) não chegaram a terminar a primeira série do ensino fundamental. Nove entrevistadas tem entre 5 e 9 anos de estudos e cinco tem o ensino médio completo. No grupo de entrevistadas elas são as

⁸ Cerca de U\$300,00. Cotação do dólar no período variável entre R\$1,65 e R\$2,00, aproximadamente.

que possuem uma melhor inserção no mercado de trabalho: todas trabalham com carteira assinada.

Quadro 2 — Perfil conjugal e composição familiar

Puérperas	Situação conjugal atual	União anterior	Filhos / idades
P1	Separada do pai do bebê	Sim	H , 11 anos; M , 2 meses
P2	Namorando pai do bebê	Não	M , 1 mês
P3	Casada	Não	M , 4 anos; H , 3 meses
P4	Casada	Não	H ,15; H ,14; H ,1mês
P5	União estável	Não	M , 3 anos; M , 3 meses
P6	União estável	Não	H , 2 meses
P7	União estável	Sim	H ,14; H , 2 meses
P8	Casada	Não	M , 2 meses
P9	Separada do pai do bebê	Sim	M , 12 anos; H , 8 anos; H , 3 meses
P10	Casada	Não	H , 2 meses
P11	Casada	Não	M , 9 anos; M , 2 meses
P12	União estável	Sim	M , 8 anos; M 2 meses
P13	Casada	Sim	H , 10 anos; H , 3 anos; H , 2 meses
P14	Namorando pai do bebê	Não	H , 16 dias
P15	União estável	Sim	H , 9 anos; M , 2 meses
P16	União estável	Sim	M ,21; H ,19; H ,16; M ,14; M ,10; M ,6; H , 2 mês
P17	Casada	Não	M , 9 anos; H , 2 meses
P18	Casada	Sim	H , 9 anos; M , 3 meses
P19	Separada do pai da criança	Sim	H ,18; H ,17; H ,13; M ,12; M , 2meses
P20	Casada	Não	M ,22; H ,20; H ,18; H ,16; H ,9; H ,6; M , 3 (falecida); M , 2 meses
P21	Casada	Não	M , 6 anos; H , 3 meses

Três entrevistadas se encontravam, no momento da entrevista, separadas de seus últimos parceiros (pais de seus filhos). Não por acaso elas estão no grupo de menor renda familiar. Dentre elas, apenas P19 pode contar com a ajuda do pai de sua filha para o sustento da mesma. P1 não teve apoio de seu parceiro, que não

reconheceu a paternidade da filha e P9 engravidou de um caso eventual e conta no momento apenas com a pensão do ex-marido para a filha mais velha e a ajuda da ex-cunhada e amiga.

Mais da metade das entrevistadas se declarou em união estável com parceiro fixo e pai de seu último filho. Dentre estas, dez se declararam casadas legalmente. Menos da metade teve mais de uma união conjugal; todas com filhos destas relações anteriores.

Quadro 3 — Partos anteriores

Puérperas	Normal	Episiotomia	Cesárea	Maus tratos
P1			X	X
P2				
P3	X	X		
P4	X			
P5	X	X		
P6				
P7			X	
P8				
P9	X	X		
P10				
P11	X	X		
P12	X	X		
P13	X			X
P14				
P15	X	X		
P16	X	X	X	
P17	X	X		
P18	X	X		
P19	X	X		X
P20	X	X		
P21	X	X		X

Neste quadro estão sintetizados os partos anteriores à última e mais recente experiência de parto, que será descrita no próximo quadro. Apenas cinco das entrevistadas eram primíparas. Todas tiveram seus partos anteriores em maternidades públicas e apenas P19 teve um de seus filhos em casa, com duas parteiras, na Bahia – região de sua origem – como é de costume no local. Segundo P19, este foi seu melhor parto, o mais rápido.

No histórico de partos destas mulheres a maioria teve parto normal em diferentes maternidades na cidade de São Paulo e em Estados do Nordeste brasileiro (regiões de onde migraram). Em mais da metade dos casos foi relatado o procedimento de episiotomia em algum parto e em três o uso de fórcepe. O uso deste instrumento descaracteriza para todas as entrevistadas o parto como sendo normal, ou seja, nos relatos há sempre três categorias distintas de parto: normal, cesárea e fórcepe. O parto normal, portanto, para as mulheres entrevistadas, é aquele que acontece sem a utilização desta técnica intervencionista, ao contrário da visão da Medicina, que considera todo o parto vaginal como parto normal independentemente das intervenções realizadas. Para as entrevistadas, se foi preciso fórcepe é porque o parto não transcorreu dentro da “normalidade”. Duas relataram uso de força manual do profissional sobre a barriga delas no momento do parto, mas apenas uma se referiu a isto como um evento doloroso. Para fins de categorização estamos considerando os relatos de força manual sobre a barriga como manobra de Kristeller⁹. O ato foi percebido pelas entrevistadas como uma ajuda do profissional porque elas ou o bebê estavam com dificuldades.

⁹ Manobra que consiste em compressão abdominal com as mãos no fundo do útero. Foi abandonado como recurso por ter graves conseqüências inerentes, como trauma das vísceras abdominais, do útero e deslocamento de placenta. (Briquet, 1970)

“Com força. Assim, aqui doía muito, porque eles empurravam aqui (o abdômen) e, não sei, aqui não pegou anestesia. Tanto que na hora do parto, um pouquinho antes, então, aí eles me deram uma outra anestesia local porque a raqui, não sei se não fez tanto efeito.” (P15 – quando perguntada se alguém tinha feito força em cima de sua barriga para empurrar o neném).

“(Ele [o médico] empurrou em cima da sua barriga? (...) Mas como é que... Ele empurrou com a mão dele, botou o braço? Como é que foi?) a mão, as ponta, as pontas assim, né. Por exemplo, eu deitada e ele me ajudou, né, fazia assim: “Força Mãezinha, mais uma forcinha de apagar a velinha”, e eu: “Ai”, e ela já saiu” (P18).

Quanto aos relatos de maus tratos quatro consideraram que foram desrespeitadas e maltratadas de alguma forma na maternidade pelos profissionais em algum parto anterior. As queixas de maus tratos se referem ao tratamento grosseiro por parte da equipe, falha ou ruptura na comunicação, abandono e à falta de cuidado em toda a assistência do pré ao pós-parto.

Quadro 4 – Último parto

Puérperas	Normal	Episiotomia	Cesárea	Maus tratos
P1			X	
P2	X			X
P3	X	X		X
P4	X			
P5			X	
P6			X	
P7			X	
P8	X	X		X
P9	X			
P10	X	X		
P11	X	X		X
P12	X			
P13	X			
P14	X	X		
P15	X	X		
P16			X	
P17			X	
P18	X	X		
P19	X			
P20			X	
P21			X	

Dezenove entrevistadas tiveram seus bebês em duas grandes maternidades públicas de referência da região. Uma, por falta de vaga, foi encaminhada para uma maternidade pública de outro município e apenas P21 teve seu parto realizado em uma maternidade particular. No que se refere às duas maternidades utilizadas pela maioria das entrevistadas, as queixas e elogios ao atendimento não se restringem a

nenhuma especificamente, ao contrário, parecem variar de acordo com os plantões das equipes de saúde.

Dos treze partos normais, em sete houve relatos que sugerem o uso de episiotomia, em cinco a manobra de Kristeller e em dois o uso de fórcepe. Em nenhum dos casos houve intercorrências que prejudicassem a saúde do bebê, da perspectiva das mulheres. Contudo, uma paciente, P3, queixou-se da condução de seu parto e do resultado da episiotomia:

“Me costuraram todinha, rasgaram isso meu, aqui, aqui. Olha, fizeram um estrago na minha vagina!” (P3)

Além de P3, mais quatro entrevistadas se queixaram de maus tratos no último parto, duas primíparas. As queixas foram de tratamento grosseiro (incluindo P3), abandono e brutalidade no exame de toque. P1, embora não tenha sofrido nenhum maltrato queixou-se de ter presenciado uma colega de enfermagem ser destrutada pela auxiliar de enfermagem. Logo, no total oito entrevistadas referiram algum tipo de maltrato em algum de seus partos. Todos esses relatos serão apresentados e discutidos durante a análise.

4.1.2 Profissionais

Foram entrevistados 10 médicos obstetras (6 homens e 4 mulheres), 5 enfermeiras obstétricas e 3 técnicas em enfermagem. No que refere às especializações *strito senso*, 3 obstetras tem mestrado completo, 1 incompleto, 1 tem doutorado completo e 1 doutorado incompleto. Quanto às especializações *lato senso*,

3 têm pós-graduação em sexualidade humana (terapia sexual), 3 em oncologia pélvica, 2 em mastologia e 1 em medicina fetal. Todas as enfermeiras tem pós-graduação em obstetrícia e 1 delas também na área de gerenciamento. Quanto às técnicas de enfermagem, realizaram cursos de duração curta dentro da própria instituição onde trabalham em aleitamento materno, ginecologia e obstetrícia, atendimento ao recém-nascido, entre outros.

Quadro 5 – Perfil social

Prof	Idade	Cor declarada	Estado Civil	Filhos
O1	50	Branca	Casado	2 (H15; H18)
O2	53	Branca	Casado	3 (M25; M23; H20)
O3	30	Parda	Solteira	Não
O4	44	Branca	Casado	2 (H18; M16)
O5	52	Branca	Divorciado	2 (H27; H24)
O6	41	Branca	Solteiro	Não
O7	35	Branca	Casado	Não
O8	33	Branca	Divorciada	Não
O9	39	Branca	Casada	1 (H20)
O10	45	Branca	Solteira	Não
E1	36	Branca	Casada	3 (H8; M4; H8m)
E2	26	Branca	Solteira	Não.
E3	43	Branca	Casada	2 (M18; H16)
E4	28	Branca	Solteira	Não
E5	31	Branca	Casada	Não
T1	53	Parda	Solteira	1 (H18)
T2	47	Branca	Divorciada	2 (H26; M23)
T3	43	Parda	Solteira	Não

Quadro 6 - Perfil profissional

	Tempo de profissão (em anos)	Tempo de maternidade Pública Atual	Vínculo	Outras atividades
O1	27	17	CLT	Consultório, docência
O2	30	30	Estatutário	Consultório e docência
O3	7	3	CLT	Consultório
O4	20	16	CLT	Consultório e docência
O5	25	13	Func. público	Consultório e docência
O6	16	3	CLT e PJ	Forças Armadas
O7	9	6	CLT	Ultrassonografista, Consultório e docência
O8	11	5	CLT	Consultório
O9	15	15	Efetivo	Consultório e docência
O10	19	21	Autônoma	Consultório e Docência
E1	15 ¹⁰	2 meses	CLT	-
E2	4	2 anos	CLT	-
E3	16 ¹¹	10 meses	CLT	Comércio – vendo jóias
E4	6	2 anos em uma e 4 meses na outra	CLT e contrato 733	Clínica particular
E5	9	9 anos	Efetiva	Docente
T1	17	17	Efetiva	-
T2	10	5	Efetiva e CLT	AMA (vínculo de CLT)
T3	16	16	Efetiva	-

¹⁰ Há 5 anos é formada em enfermagem. Antes trabalhava como auxiliar de enfermagem.

¹¹ Formada há 6 anos. Começou trabalhando como instrumentadora cirúrgica. Durante a faculdade de enfermagem foi promovida a coordenadora do Centro cirúrgico do hospital particular onde já trabalhava.

Como alguns profissionais (médicos e enfermeiras) atuam em mais de uma maternidade foi considerado aqui a instituição com maior tempo de atuação. Aqueles que estão há mais tempo na maternidade onde trabalham, estão desde o tempo do internato na faculdade (O10) ou da residência (O2, O9). As atividades de docência consideradas por eles são as de tutoria e de professor auxiliar de ensino das maternidades que possuem residência.

O tempo de profissão dos obstetras varia entre 7 e 30 anos. Seis deles tem mais de 15 anos de carreira. Dentre as enfermeiras e técnicas de enfermagem o tempo de exercício da profissão de mais da metade é superior a 9 anos.

A carga horária fixa relatada pelos obstetras é de no mínimo 40 horas semanais (incluindo plantões de fim de semana) e no máximo 60, sem contar o tempo em que atendem em consultório particular. Dos 10 obstetras entrevistados apenas um não está atendendo em consultório particular.

Dentre as enfermeiras e técnicas a carga horária varia entre 40 e 72 horas semanais de trabalho. Três enfermeiras e 1 técnica trabalham em mais de uma instituição: E1 em maternidade pública e privada, E4 em duas maternidades públicas e clínica particular, E5 em maternidade pública e como docente de uma faculdade e T3 em uma maternidade pública e em um AMA. As demais trabalham apenas em uma instituição.

Dos dez obstetras entrevistados 9 são plantonistas de ginecologia e obstetrícia desde que entraram na maternidade onde trabalham atualmente. As atividades incluem ambulatório de emergências de ginecologia e obstetrícia, e atividades de centro cirúrgico. Os que fizeram residência ou internato passaram por outros setores da maternidade neste período. Uma médica faz ambulatório de pré-natal de pacientes

HIV+; outra faz plantão de enfermagem de puerpério em outra maternidade e dois médicos são diretores de maternidades (um ainda dá plantões nos fins de semana e atende em um ambulatório de ginecologia e obstetrícia da rede).

Das cinco enfermeiras entrevistadas três atuam no centro obstétrico realizando partos, destas apenas uma tem autonomia na instituição onde trabalha para realizar partos normais de baixo risco sem a presença obrigatória do médico, as outras duas quando participam dos partos são sempre acompanhadas de um médico ou residente de medicina e mais o auxiliam do que realizam o parto propriamente. Uma enfermeira chefia a equipe de enfermagem da maternidade onde trabalha ficando principalmente com a parte administrativa e outra está locada na enfermagem de puerpério e apenas eventualmente cobre faltas no centro obstétrico.

No que se refere às técnicas de enfermagem entrevistadas, todas atuam no centro obstétrico e centro cirúrgico, prestando assistência à paciente, ao cirurgião, ao anestesista, ao neonatologista e ao recém-nascido nos cuidados imediatos.

A seguir analisamos a dinâmica entre poder e violência na esfera do cuidado – tal como definido por Ayres (2004) no sentido de uma integralidade na assistência a saúde – e das representações de gênero que perpassam as práticas no âmbito da maternidade.

4.2. Cuidado e gênero na visão das puérperas entrevistadas

O contato das entrevistadas com o serviço de saúde é pautado por concepções pessoais acerca da assistência e do lugar que ocupam na relação hierárquica de poder com os profissionais de saúde, perpassado todo o tempo por questões de gênero. Estas mulheres estão, portanto, em uma dupla relação de poder (como pacientes e

como mulheres) na qual resistem, acomodam, reproduzem ou contestam ideologias, crenças, valores e expressam suas próprias representações sobre a vivência do parto.

Todas as entrevistadas têm por hábito ir ao serviço de saúde apenas em casos de emergência ou “necessidade” sua ou de algum familiar. As que mais utilizam o serviço vão para fazer também o preventivo uma vez por ano, mas em geral a maior frequência se deve às consultas dos filhos nas Unidades Básicas de Saúde ou Pronto-socorro.

Na maternidade, estas mulheres experimentam sentimentos distintos e por vezes até contraditórios como a felicidade pela chegada do bebê e o medo de morrer; o desejo de cuidar do filho, mas também o de ser cuidada pela equipe; a confiança no hospital como o lugar mais seguro para se ter um filho e a desconfiança de que se é maltratada impunemente nas maternidades públicas.

Assim, a assistência nas maternidades é definida por nossas entrevistadas como boa ou ruim mais frequentemente em relação às ações de suporte¹², à comunicação e a presença ou não de um profissional a maior parte do tempo, o que está de acordo com outros estudos sobre a avaliação das mulheres quanto à assistência em maternidades (Saizonou et al., 2006; Domingues et al., 2004; Hoga et al., 2002) que apontam para o relacionamento interpessoal solidário como um dos fatores mais significativos para as pacientes e seus familiares. Quanto às ações técnicas, elas também são tematizadas por nossas entrevistadas, mas sua avaliação depende muito dessas outras dimensões do cuidado.

¹² Estaremos considerando aqui ações de suporte como aquelas voltadas para a alimentação, a higiene e outros cuidados pessoais da paciente e do bebê, prestadas, sobretudo pela equipe de enfermagem.

4.2.1. Maternidade: lugar de cuidado – o bom atendimento

Entre os relatos de um bom atendimento prevalece o que é percebido como um cuidado com o bem-estar da paciente e a percepção do que ela necessita naquele momento. Não ser deixada sozinha pelos profissionais é o primeiro critério de avaliação das pacientes quanto à qualidade de atendimento do serviço. A presença de algum profissional de saúde é fundamental e transmite segurança porque este profissional é percebido por elas como mais atencioso e responsável com o seu trabalho. Afinal, ter o cuidado de um profissional é o motivo básico da presença delas na maternidade.

“é, porque teve tipo uma estagiária, né, fica com a gente ali, só cuidando de você, uma estagiária cuidando de você, pra te ajudar a cuidar da criança. Bem tratada, assim, em tudo”.
(P13)

“mas fui bem atendida. Médico não faltava pra mim, sempre tinha alguém comigo (...) Um saía, vinha outro, um saía, vinha outro. Nunca fiquei só. Fui bem atendida mesmo, não tem nem o que falar” (P6)

Ressalte-se que no caso de P6, ela também se queixou durante a entrevista quanto à condução do trabalho de parto vivido como extremamente doloroso, demorado e cheio de intervenções as quais ela não compreendeu. Entretanto, ainda assim, ela avalia o atendimento como “muito bom” por não ter sido deixada sozinha, ou seja, não ter sido “abandonada”.

Mesmo no caso de P10, que ficou com seu marido durante todo o trabalho de parto ao seu lado, ter à sua volta muitos profissionais (médicos e enfermeiras) foi traduzido como ter muita gente para lhe ajudar na difícil condução do parto:

“Eles estouraram minha bolsa era quatro e pouco da tarde, foi sete horas que eu fui pra sala de parto. Aí tô lá na força e esse menino não vinha, em vez dele descer, ele subiu, ele não tava me ajudando em nada e eu não tava agüentando mais, aí os médicos começaram a empurrar com a mão, assim, e eu sem fazendo força, sem nada, e eles empurrando até onze horas, quando foi onze e nove ele nasceu. Aquele monte de médico, assim, tudo me ajudando. E quando eu olhei, vi que era dez horas da noite e esse menino não nascia eu entrei em pânico lá. Aí eu comecei a chorar e o médico conversando comigo (...) Eu falei: “Eu não agüento mais, não”. Aí ele falou: “Vamo, vamo, a gente ajuda você”.

A autoridade técnica do médico é ressaltada na importância de sua presença e condução dos procedimentos na hora do parto:

“eu achei legal porque foram os médicos que fizeram meu parto e tudo, mas tava explicando pra eles (alunos), não deixaram eles fazer, sabe? Eu achei que se eles fossem fazer ia tá me fazendo de cobaia, mas não... Aí foi os médicos, explicaram tudo direitinho, mas foi os médico”. (P14)

“Ah, bem atendida é assim, é sempre estar perguntando se tá sentindo mais outra dor, estar sempre do lado pra ver se a neném já tá nascendo, pra não deixar ele nascer sozinha, né, porque já... Uma amiga minha uma vez, ela... Faz tempo, acho que tinha até catorze anos na época, ela falou que ganhou sozinha na maternidade. Mas foi lá pro lado... No norte lá da Bahia, entendeu? Então, isso que... E o médico sempre tava ali perguntando alguma coisa, vendo o coraçãozinho, vendo minha pressão, então isso já é um bom cuidado, né” (P6).

Outro critério importante que define um bom atendimento é a comunicação. Embora ela nem sempre seja clara e eficaz como veremos adiante, ainda assim o profissional de saúde que dá atenção à paciente em todo o seu período de internação, conversa com ela e explica o que está acontecendo ou pode acontecer é visto como

um bom profissional: atencioso, cuidadoso e carinhoso – aspectos que falam a favor de uma humanização da assistência.

“Me acalmou, falou que por isso mesmo que ele tava dando aquela injeção, pra acelerar o parto, pra não acontecer nada de pior nem comigo, nem com ele (o filho), que era pra eu ficar calma, e aí foi só isso” (P13).

A importância da comunicação é confirmada por Domingues et al. (2004) em um estudo que mostrou que a satisfação das mulheres com a assistência ao parto estava diretamente relacionada à quantidade de informações prestadas percebidas por elas como completas e suficientes. Para nossas entrevistadas a “boa” comunicação com a paciente também exige do profissional uma escuta empática e um estar atento ao seu sofrimento emocional ou às suas necessidades básicas de cuidado pessoal.

“Os médicos, assim, cuidaram muito bem de mim e do Antônio (filho). Eu tava triste, teve uma hora que eu fiquei triste lá. (...) Foi uma moça conversar comigo, falou assim que logo, logo eu tava com ele, que não era pra mim se preocupar, que eu não ia ter que ir sozinha e que os médicos iam me ajudar se eu não conseguisse pôr pra fora, porque eu tinha medo dele não conseguir e ficar lá dentro. E a moça (...) conversando comigo, algumas enfermeiras lá, médica” (P10).

“eu tava sentindo dor, aí o médico fazia toque e mandava eu pra casa, e esse não, esse já foi mais carinhoso, me tratou com, sabe, educação, conversou comigo, fez todo o toque. Esse já foi mais... Conversou, os outros não. Aí ele escutou o coraçãozinho da neném, aí ele pegou e falou: “Vamos fazer o ultra-som” (P2).

Podemos perceber pela fala de P2 que a boa interação com o profissional também inclui o uso da tecnologia através dos pedidos de exame e de procedimentos que são entendidos pelas pacientes como adequados.

Logo, a acolhida da dor ou das necessidades da paciente na hora do parto é fundamental para que ela se sinta tranqüila e em todos os casos isto foi ressaltado pelas entrevistadas como significativo naquele momento doloroso.

“Quando ela (enfermeira) me tocou pra ver, né, eu já fiz xixi. Aí eu fiz xixi nela, eu não agüentei, tava demais a minha vontade. Eu ainda falei pra ela: “Ai, pelo amor de Deus me desculpa, eu não consegui segurar”. Ela: “Não, Taís, não tem nada a ver, já tô acostumada, pelo amor de Deus, não fica assim”. Eu fiquei super mal, sabe, de ter feito xixi nela, voou xixi pra tudo quanto é lado, né. Ela: “Não, já tô acostumada”. Muito boazinha” (P12).

A equipe médica também é valorizada pela frequência de visitas para cuidados com a mãe e o bebê. Já a enfermagem é valorizada pelos cuidados de alimentação e higiene, exame físico e sinais vitais, e ajuda no cuidado com o bebê. No entanto, a dimensão não propriamente tecnológica da prática é mais salientada nos relatos.

“elas vinha, né, sempre no quarto, falava se tava bem, se tava... Se tava precisando de alguma coisa, atendimento médico, vinha e olhava: “Tá bem?”, né, “Deixa eu ver como é que tá o seu sangramento”, olhava direitinho ali, olhava a minha bebê, né, tinha pediatra, também vinha e olhava, examinava a Estela lá mesmo, sabe. Eu achei assim. E nas refeições também elas vinha e colocava uma água pra cada uma da, da...Assim, na minha cama, na cama da outra paciente, né” (P18).

“Eles dão comida pra você direitinho, vê os ponto, examina o neném, faz tudo”. (P10)

“Ótimo. Eles tava lá toda hora, a gente ia tomar banho e quando voltava a cama da gente já tava arrumada, tava tudo limpinho.” (P14)

“A enfermeira um dia pegou ele pra mim e falou: “Eu vou ficar um pouco com ele”, daí ficou das quatro da manhã até as seis, daí eu consegui dormi, porque acaba que você não dorme, não tem como, foi a única hora que eu dormi”. (P17)

“Eu passei mal porque eu tinha perdido muito sangue, aí tinha as moças que limpa lá ou que... Sabe, assim?(...) As enfermeiras que ajuda lá. Aí eu levantei pra dar mamar, eu sentei assim, aí me deu uma tontura. Na hora ela me agarrou assim, sabe, de um jeito. Nunca minha família fez isso comigo. Pegou eu assim, sabe, e falou: “Calma que a gente tá aqui. Eu te seguro.”. Aí deitou eu, sabe, e eu lá passando mal, ela chamou o médico, aí depois eu fui tomar banho e ela perguntou se eu queria ajuda, eu falei: “Eu tô tonta”. Ela me sentou na cadeira, me ajudou a tomar banho, e na hora que eu levantei que eu já tinha tomado banho e que rodou tudo, assim, ela ali segurou de novo, assim, e saiu acho... E eu passan... E o Antônio assim, eu: “Ah, e meu filho?”, eu preocupada com ele, né. “Não se preocupa porque a gente tá aqui, a gente te ajuda”. E eu não sentia as perna, né, por causa da anestesia e ficou ainda um tempinho sem sentir, depois que vai voltando. Mas eu não sentia minha perna, assim, e eles me ajudando. Muito bom. Foi muito bom, mesmo” (P10)

Neste sentido, fazer a tricotomia (raspagem de pêlos), ou como é chamada pelas entrevistadas, “a limpeza”, é percebido como um cuidado. Ainda que este procedimento não seja mais recomendado pela OMS como necessário, ele permanece, de acordo com o relato das pacientes entrevistadas (ao contrário do relato de alguns profissionais) como uma rotina nos serviços. Da mesma forma que permanece no imaginário destas pacientes a identificação dos pêlos com sujeira, uma vez que sua “limpeza” é vista como um cuidado a ser tomado. Muitas entrevistadas tiveram este “cuidado” antes de ir para a maternidade, mas quando lá a equipe também “cuidou” disso o atendimento ganhou um caráter positivo.

“Chegando lá eu tive que fazer a limpeza, eles limparam, tudo bonitinho”. (P9)

Dalsgaard (2006) em seu estudo associou esta prática não só a uma concepção dos pêlos como anti-higiênicos, mas também a uma forma das parturientes se protegerem um pouco da discriminação social expressa através do olhar “aviltante” dos profissionais de saúde sobre seus corpos e de possíveis maus tratos com tratamento grosseiro por parte desses profissionais, caso as pacientes não fizessem a “limpeza”. Nos relatos coletados por esta autora fica claro o medo de levar “bronca”, passar vergonha e ser humilhada com perguntas indiscretas das profissionais de enfermagem. Não encontramos essa menção em nossos dados, contudo, não desprezamos sua possibilidade.

Percebemos, portanto, que em suas falas, as puérperas ressaltam a importância de uma boa relação com o profissional, pautada no respeito à sua privacidade, na atenção às suas queixas, em uma comunicação que preze pelo entendimento mútuo e no uso de tecnologias que elas entendem como necessárias e bem realizadas. Assim, a individualização no atendimento é valorizada pelas entrevistadas como uma atenção maior às suas necessidades (*“teve tipo uma estagiária, né, fica com a gente ali, só cuidando de você”, P13; “E nas refeições também elas vinha e colocava uma água pra cada uma (...) Assim, na minha cama, na cama da outra paciente, né”, P18)*

A importância de se individualizar e não homogeneizar os casos também é reconhecida por alguns profissionais em diversos contextos na assistência. Esse reconhecimento fala a favor de uma postura que visa estabelecer uma relação que respeite a singularidade de cada paciente, que busque agir em concerto com a paciente, na tentativa de propiciar um maior acolhimento para as dúvidas, necessidades e queixas de dor e medo da paciente. Um exemplo é dado por O8, que

considera a possibilidade de negociação com a paciente a respeito da via de parto mesmo no serviço público, onde há a exigência uma meta para partos normais.

“Existem casos e casos, você tem que pensar, você tem que ponderar, mas eu acho que obrigar uma paciente a passar por um trabalho de parto que ela não quer de maneira nenhuma, então ela te chuta, você vai fazer o exame ela não quer de jeito nenhum! Então eu acho que isso acaba sendo muito traumático, então eu acho que varia, tem indicações de cesárea, indicações de parto normal, mas você tem que individualizar! São indivíduos que chegam aqui, não são, não é uma boiada sabe? (...) eles (a instituição) me deixam trabalhar conforme a minha indicação, a indicação é minha, a responsabilidade é minha então eu faço como eu acho que deve ser feito.” (O8)

Ao mesmo tempo em que confirmam a importância de se reconhecer a singularidade de cada paciente para uma melhor assistência, alguns profissionais entrevistados consideram que no atual modelo (regido por uma lógica do mercado de produção) essa individualização nem sempre é possível e acaba por ser vista como um privilégio. Nesse sentido, ocorre uma massificação das pacientes na assistência, como apontado pela literatura. De acordo com Wagner (2001), permanece subjacente à prática médica de assistência ao parto um modelo intervencionista de organização do serviço tal como uma produção em “linha de montagem”, a fim de otimizar o tempo do profissional e não retardar o fluxo de atendimentos.

O contraponto dessa situação é dado pela não continuidade do mesmo profissional na assistência ao pré-natal e parto da maioria das pacientes assistidas em maternidades públicas. Há, nesse caso, a “não individualização” dos profissionais, uma vez que eles não são (re)conhecidos pela paciente. Ela, por sua vez, para muitos profissionais, também é mais uma paciente “poliqueixosa”, que quer um atendimento

“de maternidade privada” – um atendimento individualizado. Pacientes e profissionais são “homogeneizados”, de alguma forma, o que dificulta a relação interpessoal e a formação de vínculos que favoreçam a confiança da paciente naquele profissional que a assiste.

Esses dados são corroborados pela literatura. Em seu estudo, Goulart et al. (2005) aponta esta descontinuidade da assistência e a falta de vínculo com os profissionais durante o parto como fatores geradores de medo, insegurança e ansiedade dentre as suas entrevistadas.

4.2.2 Maternidade: lugar de maltrato – o mau atendimento

De acordo com McCallum e Reis (2006), num estudo feito em uma maternidade pública de Salvador (Bahia), a experiência do parto é dominada por um clima de medo crescente para a parturiente: medo da dor, medo da morte ou do que pode acontecer a ela ou a seu filho, medo de ser maltratada. Essa visão da maternidade pública como palco de medos e incertezas, um lugar no qual já se espera ser maltratada, também aparece na fala de nossas entrevistadas.

“Ah, porque assim, eu já vi várias pessoas... Eu nunca presenciei, mas eu já vi. Assim, porque você tá imune [vulnerável], você tá num lugar, e as pessoas costumam, às vezes, se engrandecer daquela profissão que ela tem, querer ser superior a você, porque você tá dependendo dela, entendeu? Então assim, você fica com medo, você já vai com medo, entendeu? O medo de ser maltratada”. (P12)

O medo de morrer ou de perder o filho é o mais forte e mais frequente, dentre tantos medos. É um medo que acompanha a maioria das mulheres neste momento e que é a base para a dependência à autoridade médica: sem assistência médica o risco

de morrer é maior. É de senso comum entre elas que o parto é naturalmente um evento perigoso e de risco de vida tanto para a mulher quanto para o bebê. Os médicos e os hospitais teriam o poder de evitar este risco (legitimidade), mas se a assistência for ruim tanto a paciente quanto seu filho podem morrer, seja por negligência ou erro médico. Portanto, o medo de ser maltratada ou de não ter a assistência adequada coloca a dependência que sustenta a autoridade médica numa situação bastante crítica: elas não cogitam o parto extra-hospitalar em uma cidade como São Paulo, mas ao mesmo tempo tem sérias desconfianças da qualidade da assistência recebida e dos seus resultados, já que, por vezes, percebem os profissionais como pouco comprometidos em seu trabalho e no cuidado delas.

“Eu falava: “Meu Deus, me ajude que eu tenha a minha filha logo. Será que eu vou morrer no parto?”, sabe. Porque não tinha semanas que a minha prima tinha morrido no parto, duas gêmeas. (...) Em Salvador, pôs até no jornal que acho que foi falta de atendimento dos médicos. Passou da hora de nascer e o cordão enrolou no pescoço dos bebês, né, aí morreu ela e os bebês” (P18).

Diante do risco de morte a obediência ao poder dos profissionais e a renúncia ao julgamento pessoal são, portanto, fundamentais neste momento.

Observamos também que o uso de recursos tecnológicos é menos questionado por nossas entrevistadas e quando o é, na maioria dos casos, elas questionam, mas reconhecem que não possuem o saber necessário para avaliar as intervenções, ainda que, em alguns momentos, desconfiem da sua adequação. O que parece ocorrer é um questionamento da qualidade do uso do conhecimento e recursos tecnológicos por um determinado profissional, e não da tecnologia em si (Schraiber, 2008). Pode-se perceber isso nos exemplos a seguir: o questionamento é quanto à

maneira de um determinado profissional executar o procedimento e não quanto à realização do exame de toque, ainda que ele seja descrito como desagradável.

“a médica vinha, fazia o toque, né, mandava eu fazer força, eu fazia, e parece que ela tava... Enfiava a mão toda, a mão, o braço todo na gente, né, no toque” (P11).

“Aí foram fazer o exame do toque, maldito exame do toque. Porque ele foi com toda vontade. Nossa, acho que doeu mais do que na hora do parto. Por isso que eu não gostei dele (médico). Porque acho que ele não foi com... Se aquilo for delicado, o que não for delicado me matava (...) Aí veio uma médica (...) Tão boazinha, acho que ela tinha uns quarenta anos, mais ou menos, tão boazinha ela era. Ela estourou minha bolsa, fez o exame de toque e eu não senti tanta dor quanto a do homem.” (P8).

Vale ressaltar o caso de P8 que compara a conduta de dois profissionais diferentes e, desta forma, tem um parâmetro pessoal de avaliação do quanto de dor no exame é necessário ou evitável. Contudo, não é só a quantidade de dor sofrida que é questionada pelas entrevistadas. O tempo de trabalho de parto, algumas intervenções e a própria decisão médica da via de parto são questionados quanto à sua necessidade ou não, suas intercorrências, o momento de sua implementação e a falta de orientações claras a respeito.

“a médica falou que ia ser cesárea porque ela tava com a cara virada pra lua, só que aí não entendi e nem perguntei também, né. (...) Eu só acho errado assim, porque se eles sabiam que eu ia ter cesárea, né, porquê que não fez antes? Eu fiquei sofrendo sábado o dia todo e à noite também e vim ter no domingo” (P6).

[O quê que você gostaria que tivesse sido diferente?] Ai, que me dessem uma injeção pra mim não sentir dor. E cortassem, e não deixasse rasgar. Porque acho que rasgar... Por isso que doeu tanto, né. Porque rasga, né. Se eles dessem uma

anestesia e cortassem a pessoa não ia sentir dor, né. Na hora que tivesse rasgando, não é? (P4)

Sujeitas a uma “má prática” (porque elas entendem que as deixaram sofrer sem necessidade já que existe tecnologia para evitar este sofrimento), essas mulheres criticam o cuidado recebido pelos profissionais.

No que se refere à dificuldade de uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde e paciente, um caso ilustrativo é o de P3. Ela teve sua primeira filha de parto normal em uma maternidade pública e ficou bastante satisfeita com a assistência dada pela equipe de saúde. Quatro anos depois, no parto de seu segundo filho, ela escolheu a mesma maternidade, com a expectativa de que novamente receberia o mesmo tratamento. Entretanto, ela relata a assistência que recebeu no segundo parto como marcada por um tratamento grosseiro e desrespeitoso, desde as auxiliares até a equipe médica. O relato de P3 sobre sua assistência revela que ela não foi acolhida em sua dor e teve suas queixas seguidamente desvalorizadas. Ela não foi informada quanto à razão dos procedimentos adotados e, por esta razão, considerou que seu bebê era muito grande (53cm e 4,200 kg) para ter nascido de parto normal, o que resultou numa episiotomia bem maior do que a que ela havia feito no parto anterior e em uma deformidade em sua genitália – um quadro definido por ela como negligência médica.

P3 foi mais uma de nossas entrevistadas que diante de um parto normal doloroso e percebido como iatrogênico desejou ter tido uma cesárea, colocando em questionamento o cuidado empregado na sua assistência. A literatura também aponta que diante da possibilidade (bastante real no contexto brasileiro de assistência à

saúde) de uma experiência traumática com a episiotomia muitas mulheres preferem a cesárea como forma de preservação de sua genitália (Diniz e Chacham, 2006).

A alta hospitalar também pareceu para P3 uma decisão precipitada da equipe porque sua percepção sobre o próprio corpo lhe apontava que havia algo de errado.

“Quando eu ganhei o menino já deu infecção em mim, no outro dia (...) eu estava com infecção por causa do meu sangue que era preto e estava com mau cheiro.”

Ela informou à equipe, mas ainda assim sua percepção não foi valorizada e ela teve alta mesmo com esta queixa. Após a alta P3 de fato teve complicações:

“vim pra casa infeccionada! Aí comecei a sentir frio né, bateu um frio em mim. Não, chegou a enfiar febre não viu, só frio. E... era muita dor que eu sentia no corpo, não podia sentar, não podia tomar banho, não podia comer”.

Ela precisou voltar à mesma instituição três vezes até ser atendida por uma médica:

“a médica deu um toque em mim lá dentro; viu que tinha um ponto meu que estava inflamado dentro e o meu sangue estava preto e com cheiro forte. Me internaram. Fiquei internada três dias lá e com antibiótico na veia. Tomei três dias de antibiótico na veia”.

Durante a segunda internação a ruptura da interação entre a paciente e a equipe do hospital permaneceu, impossibilitando uma comunicação efetiva. P3 não se conformou em não poder ficar com seu filho recém nascido internado com ela no hospital, mesmo diante das justificativas da equipe de que isto seria para o bem do próprio bebê e que ele receberia os cuidados diários em casa do banco de leite. Um

vínculo que já vinha fragilizado e uma comunicação distorcida ou mesmo rompida não puderam ser recuperados neste momento, e P3 “brigou” pelo que considerou ser um “direito” seu: o de se internar com seu bebê.

“elas não queriam deixar ele comigo. Aí eu comecei a chorar, fiquei desesperada, dei uma de doida lá, dei uma de louca né, porque não queriam internar o menino comigo.”

A situação chegou a ser comunicada à Unidade Básica de Saúde onde P3 fez seu pré-natal. A equipe foi avisada do ocorrido pela assistente social da maternidade que sugeriu um acompanhamento psicológico após a alta hospitalar para a paciente, que parecia apresentar “problemas psiquiátricos” (informação prestada pela enfermeira da UBS). Finalmente, após a alta P3 pode ser acolhida pela equipe da UBS de sua referência; recebeu a visita da enfermeira que fez seu pré-natal, teve suas queixas ouvidas e foi atendida pela psicóloga do serviço que avaliou se tratar apenas de um stress causado pela situação. Contudo, no momento da entrevista, sua maior queixa ainda permanecia: P3 sentia-se atingida em sua integridade física, com uma cicatrização que não lhe restituía a aparência anterior de sua vagina:

“E a minha vagina está toda aberta ainda (...) Eu gostaria de mudar, pode ser sincera mesmo? O que eu queria mudar até hoje era a minha vagina. É onde foi costurado, até hoje eu sinto a carne. Não é o ponto, é a carne, doer um pouco. Hoje não está doendo, agora ontem estava doendo muito. Eu fui muito machucada. (Você ainda sente doer?) É, a carne. E o que eu estou preocupada também, que eu pedi até a Betina (enfermeira) pra marcar um médico pra mim, é a minha vagina que está toda ruim, sabe? (...) o corte perto da vagina não fechou, está aberto, a pele está solta. Fui lá ontem, mostrei, eles me examinaram, falaram que é normal. Com o tempo vai entrar pra dentro. Com o tempo, quando? E eu não estou tendo relação com meu marido. Por causa disso. Porque eu tenho medo de me dar infecção de novo.”

Os problemas de comunicação relatados se dão no sentido de uma ruptura na interação profissional/paciente pela invisibilização da subjetividade do outro, ou seja, pela sua objetificação. Outras entrevistadas também se queixam quanto à falta de informações claras ao mesmo tempo em que acabam por confiar na decisão médica, mais uma vez renunciando ao seu julgamento pessoal num tênue limite entre o que é da ordem da confiança e o que é da ordem da submissão. Lembramos que de acordo com Starr (1991) a autoridade médica se sustenta justamente nestes dois pilares: a legitimidade do saber médico que inspira a confiança do paciente e a dependência deste que o leva a se submeter à autoridade médica pelo receio de sofrer algum tipo de consequência desagradável.

“É, não tava tendo nada... O colo do útero, um negócio lá não tava tendo abertura, como que fala nessa linguagem deles lá, né. Mas foi isso que eles falaram” (P7).

“Eu não vi (a episiotomia). Eu não tive coragem de ver, mas eu sei que foi dez pontos porque eu li. Quer dizer, eu não perguntei e nem me falaram. É uma coisa que era pra ter falado, né? A médica não veio falar pra mim, eu li nos papel que veio comigo”. (P8)

“ele não... Nem chegou a falar comigo, ele não falou nada, ele fez meu parto e foi embora. Entendeu, assim? Bem seco, assim. Aí a enfermeira que me costurou, ela que ficou lá comigo. Ele só foi fazer o serviço dele e foi embora, entendeu? Tipo assim, o neném nasceu, tô indo embora. Nem lá pra ver se tava tendo dilatação, ele foi, foi tudo a enfermeira. Ele só foi lá fazer o serviço dele e ponto. Não foi, assim, atencioso, sabe essas coisa?” (P21)

“(Porque que você não falava nada com os médicos?) Ah, porque ele... Ó, um veio me examinar e falava assim: “Ela já tá no trabalho de parto”. Aí vinha outra médica me examinar e falava: “Nossa, ela tem que desvirar, tá com a cara virada pra lua”. Até hoje também não sei, né. Aí eu ficava ali, mas

não perguntava nada também, né. Eu falei: “Ah, eles são médico, eles deve entender, deve estar sabendo porque”. (P6)

A falha ou ruptura da comunicação também é uma falta de cuidado que em algumas situações pode deixar as entrevistadas sem condições de arguir a técnica ou o seu exercício. Apenas uma de nossas entrevistadas declarou ter questionado o profissional de saúde diante de alguma dúvida e ainda assim não obteve resposta.

“Queria saber quantos pontos foram e, assim, ele não falou, eu até perguntei. Disfarçou e não falou, eu não sei por qual motivo, e... Mas disso, fora isso foi tudo bem, caiu com sete dias, não infeccionou”. (P15)

Consideramos a possibilidade de que a maioria das entrevistadas não tenha feito qualquer questionamento por entender que isso poderia ser interpretado pelos profissionais como um questionamento de sua própria autoridade. Neste caso elas ficariam sujeitas a reações de descontentamento dos mesmos. Entretanto, em outras situações, como no momento da entrevista, elas se sentiram seguras para questionar a falta de ajuda no cuidado com elas e com seus bebês e o uso percebido como inadequado dos procedimentos técnicos, ou seja, puderam se queixar sem medo de qualquer tipo de sanção ou represália.

Isso evidencia a crise da confiança na relação médico/paciente a qual se refere Schraiber (2008), ou seja, a relação interpessoal com a paciente perde muita importância ou simplesmente acontece apenas por intermédio da tecnologia na qual se apóia. O que prevalece são as intervenções e procedimentos técnicos e tecnológicos – o médico faz o seu serviço e vai embora, sem interagir com a paciente enquanto um sujeito. Ela é objetificada numa intervenção que apesar de humana não

é humanizada, é puramente técnica, com importantes conseqüências em termos dos resultados obtidos.

Assim, o maltrato frequentemente é retratado pelas entrevistadas como um mau atendimento pela falta de manejo da dor, seja na cesárea ou parto normal (antes, durante e depois do parto); pela ocorrência de complicações após a alta médica (traduzida por uma negligência ou falha técnica na assistência); pelo abandono ou negligência; pela exposição desnecessária da intimidade da paciente; por dificuldades na comunicação, desvalorização de suas queixas ou falta de escuta ao que elas têm a dizer e, sobretudo, por tratamento grosseiro e discriminatório. Importante ressaltar que todos esses aspectos que definem um mau atendimento para nossas entrevistadas também foram encontrados nos dados de outros estudos a esse respeito (Gomes et al., 2008; Teixeira e Pereira, 2006; Goulart et al., 2005; Domingues et al., 2004; Hotimsky, 2002; Diniz, 2001; 1997; Jewkes et al., 1998).

“aí no quarto, depois que eu passei pra lá, ninguém ajudava eu levantar, nada, fazia xixi na cama, daí isso aqui meu ficou tudo... Como é que fala? Por causa que eu não conseguia levantar e eles não me ajudava, não tinha ninguém, passava mais de meia hora pra aparecer o médico no quarto que a gente tava, e não tinha ninguém no quarto, só ficava eu sozinha e eu não conseguia levantar” (P1).

“você tá toda dolorida, sangrando aí passa pra uma cama, aí depois passa pra outra. (...) a única coisa que eu achei, por mim, foi que era pras enfermeira pegar você e botar lá com toda delicadeza, mas elas não fazem isso.” (P8)

“E outra coisa que eu também não gostei no parto da Bia, porque na hora que foi pra mim ir pra sala de parto eu fui andando, entendeu? Eles fizeram eu descer da cama onde eu tava e eu fui andando até a sala de parto. Eu nunca vi isso! A pessoa... A bolsa estourou e eu vou andando pra ter o neném sendo que já tava tudo dilatado lá?” (P21)

“O banho a enfermeira não acompanhou, a enfermeira que tinha lá. (...) mandou eu levantar e não me acompanhou até no banheiro, não. Aí eu fiquei lá no banheiro sozinha tomando banho e na hora eu fiquei meia tonta assim, quando levantei da cama, aí depois eu fiz meio assim com a cabeça e não tinha mais nada (...) Eu mudaria [na atenção], assim, pra ajudar no quarto, assim, pra dar banho, porque a gente tá tão cansada. Só dá... As enfermeira só da banho só no primeiro dia, né, e depois tem que se virar sozinha, e fica um pouco perdida. Ainda mais se tem um, dois filho, nós fica perdida (...) Parece que você fica meio esquecida da cabeça”. (P7)

“Eu não sabia, né, mas lá é o médico e o estagiário, o estagiário fica junto. Aí eles vão, fazem toque, aí eles fala: “Ah, ainda não tá bom”. Aí depois vem de novo, faz toque de novo. É desagradável. Na hora, assim, não é muito bom” (P9).

“chegando lá a médica me examinou, ela nem esperou eu colocar minha roupa e já foi abrindo a roupa com um monte de gente vendo pro lado de fora, ela não esperou eu colocar minha roupa” (P2).

As narrativas sobre as experiências das entrevistadas no uso dos serviços de saúde trouxeram também percepções e reflexões sobre algumas questões de gênero. Embora não tenha sido nosso foco investigar a construção da identidade de gênero das entrevistadas, estaremos considerando que estas falas apontam para representações de gênero tanto da esfera do individual (como cada uma se vê como mulher) como da esfera do coletivo (o que a sociedade lhes informa sobre o que é ser mulher).

A primeira coisa que nos chama a atenção é quanto ao reforço dentro da instituição da redução da mulher ao seu papel social de mãe. Ao entrar na maternidade em muitos casos a mulher perde sua identidade e se torna apenas “mãe”.

Mais da metade das entrevistadas relatou ter sido chamada de “mãe” ou “mãezinha” todo o tempo pela equipe médica e em todos os casos elas perceberam esta conduta como “normal”, “legal”, um gesto “carinhoso” por parte da equipe. O apelo ao papel materno geralmente se dá em um contexto que se busca a conformação da paciente à sua dor como algo natural do processo de se tornar mãe e sua responsabilidade em trazer aquela criança ao mundo. E este apelo acaba encontrando seu eco: uma das adolescentes, P2, disse ter gostado porque se sentiu mais mulher, mais madura neste momento.

Outro lugar, ao qual, as pacientes são frequentemente chamadas a ocupar, é o de sujeito obediente a outro hierarquicamente superior. Vários estudos sobre assistência em maternidades demonstram que a obediência é uma qualidade esperada da paciente (McCallum e Reis, 2006, Diniz e Chacham, 2006, Teixeira e Pereira, 2006; Wagner, 2001).

Desta forma, dentre as representações de gênero que surgiram na fala das entrevistadas destacamos a naturalização da dor do parto como uma reprodução ideológica da submissão social da mulher, a figura da paciente “escandalosa”, como aquela que não se submete à obediência que lhe é imposta e esperada, dando voz a suas queixas e à sua dor, e a solidariedade de gênero através de estratégias de resistência às várias formas de maus tratos a que estão expostas estas mulheres.

4.2.3 A naturalização da dor do parto

A naturalização da maternidade como papel social da mulher traz também a naturalização da dor do parto como algo que a mulher é biologicamente capaz de suportar, já que possui o aparato biológico para gerar a criança, e como um preço a

ser pago pelo suposto prazer sentido no ato sexual que deu origem àquela gestação. Portanto, a mulher é duplamente “destinada” a suportar esta dor.

A fala da maioria das entrevistadas demonstra a reprodução ideológica desta naturalização ao confirmarem que faz parte do papel da mulher que é “boa mãe” trazer o filho ao mundo e ser forte para agüentar essa dor. Esta reprodução é reforçada pelos profissionais que valorizam a paciente que “agüenta calada”, que “fica quietinha” e, desta forma, dá menos trabalho, como veremos adiante.

“Foi tudo tão tranqüilo, tão... Tão normal, praticamente, né, porque é normal a gente sentir dor, é normal passar dor.”
(P9)

“Eu achei que era normal ficar assim, sentindo a dor do neném até ganhar.” (P18)

Outros estudos apontam dados semelhantes sobre o universo simbólico que permeia as experiências de gestar e parir um filho (McCallum e Reis, 2006; Teixeira e Pereira, 2006; Hotimsky, 2002; Paim, 1998) no qual a dor e o sofrimento estão tão fortemente associados ao parto, que se tornam mais que esperados, naturalizados, e a sua superação passa a ser percebida como um sinal de força pessoal da mulher. Ressalte-se que esta naturalização da dor do parto não afasta o seu medo e o desejo de receber algum alívio por parte da equipe através de uma assistência acolhedora, como foi discutido acima.

Contudo, no que se refere ao manejo da dor poucos foram os relatos de analgesia. No último parto, das treze que tiveram parto normal apenas cinco receberam a anestesia e nenhuma das entrevistadas referiu ter solicitado em algum momento algum tipo de analgesia. Como no caso de P18, algumas não pedem porque entendem que sentir a dor é o normal e, portanto, não cogitam que possa haver algo

para aliviá-la. Outras, como P20, apenas renunciam ao julgamento pessoal sem esperanças de serem ouvidas, deixando para o médico a decisão do que é melhor para elas:

“(E você pedia alguma coisa pra aliviar a dor quando você sentia dor?) Não. (Você não pediu nada pra te... Te darem algum remédio pra aliviar a dor?) Porque eu achava que os médico sabia o quê que a gente precisava, né, então não adianta a gente tá pedindo, né”.

4.2.4 A escandalosa

No outro extremo da aceitação silenciosa da dor está a imagem da paciente “escandalosa”, apontada na fala de quase todas as entrevistadas como aquela que durante o trabalho de parto faz “escândalo”. Este escândalo é definido por elas como gritar demais e não “pôr força”, berrar, chamar toda hora algum profissional, bater, ficar chamando pelo marido, pela mãe, dizendo que não vai agüentar mais e ficar “mandando tirar o soro”. Estas condutas são desvalorizadas pela maioria das entrevistadas:

“elas gritava, elas chamava a mãe, chamava o pai, dizia que aquela dor era umas dor forte que não ia passar, assim. Mas eu não sou escandalosa, não (...) Que Deus manda o filho pra gente e a gente sofre porque tem que passar por isso, né. Os pessoal que faz aqueles escândalo, gritando, puxa cabelo, e xinga. Isso é... Sei lá, isso pra mim é normal. Tem que agüentar, né. Não precisa gritar. E colocou dentro tem que sair pra fora, né.” (P19)

*Ah, porque às vezes tem umas que... Que começa a gritar, tem umas que... **Histéricas**, né, tem mulher que fica histérica quando vai ter neném, e as enfermeiras não têm paciência e maltrata mesmo. Tem uma amiga minha mesmo que ela gritava, minha filha, que escutava lá fora os grito dela. (...) Não, você pode dar uns gritinhos, mas fazer um escândalo*

total também não precisa, né. Eu falei: “Não”. Não é uma dor assim, gente, que você não possa suportar, dá pra suportar sim, mas tem mulher que exagera. (P21)

Neste sentido, a fala de P9 é ilustrativa do quanto esta ideologia da naturalização da dor como algo que a mulher deve suportar, pode não só ser aceita como reproduzida pelas próprias pacientes:

“Dependendo da mulher. É bom fazer, né, tem mulher que acha bom ter também o neném, então tem aquelas que gritam, que berram, que quer bater porque não agüentam a dor, e é tanta, né. Então eu acho que tem esse tipo de coisa, mas já acaba se estressando um pouco, aí deixa ela sofrer um pouquinho de dor. (...) Ó, se a mulher tá lá ela gostou de fazer o neném, porquê que ela vai dar murro no médico quando ela vai ter o neném. Eu acho que não tem necessidade disso. Ah, que bom, deixa ela lá sofrer um pouquinho.”(P9)

Por outro lado, a reprovação do comportamento escandaloso, por parte das entrevistadas, não é apenas por uma questão de reprodução da ideologia de naturalização da dor do parto, mas também pelo medo de represália por parte dos profissionais. Um medo que se não foi justificado pela experiência anterior de muitas delas o é pela experiência de outras mulheres que lhes avisam desta possibilidade de sofrimento. É do senso comum, e passado entre as mulheres da família, amigas e na própria comunidade ao redor, que se a paciente fizer escândalo na maternidade pública sofre mais “na mão da equipe”, confirmando a visão da maternidade como um lugar de maltrato para as usuárias do serviço público.

“Falou pra mulher do lado (...) Uma enfermeira falou pra ela porque ela tava gritando lá. Falou pra ela, não grita,

não, é pior, porque senão eu não vou vim aqui te atender, não. Eu vou te deixar aí gritando”. (P14)

Assim, embora muitas entrevistadas considerem que esta seja uma dor que justifica gritar, não o fazem pelo medo de represálias. Neste sentido, alguns estudos apontam o silêncio como uma estratégia usada pelas pacientes (e frequentemente sugerida por seus familiares) para se protegerem da hostilidade dos profissionais uma vez que muitas pacientes já chegam à maternidade esperando serem maltratadas (McCallum e Reis, 2006; Hotimsky, 2002; D’Oliveira e Schraiber, 1999; Jewkes et al., 1998). E para muitas esta adequação aos padrões de comportamento impostos pela instituição – que se traduz em calar sua dor – é revertida em sinônimo de força e superação de uma dificuldade, fazendo-as passar, de acordo com McCallum e Reis “*de simples vítimas passivas das circunstâncias a sobreviventes vitoriosas*” (2006:1486).

O exemplo de P17 é ilustrativo deste dilema: apesar da imensa vontade de gritar por causa da dor, ela a suportou calada porque não queria fazer escândalo, como lhe aconselhou sua mãe. No entanto, ao refletir sobre esta questão P17 considera uma injustiça discriminar e maltratar aquelas que não conseguem suportar sua dor caladas. Outras entrevistadas também questionam o modelo de comportamento imposto e recusam se submeter a ele.

“Eu acho que é assim, que é um momento que a mulher tá sentindo dor, e cada pessoa reage de um jeito. Ué, ela tá sentindo dor eu acho que ela tem que gritar mesmo, deixa gri... Eu acho que ela tem... Tem mulher que grita, tem mulher que não consegue ficar deitada, fica andando pra lá e pra cá. Eu acho que aquele momento ali, que tem que deixar. Se a mulher gritar tem que deixar porque é uma dor. É dor. Dói muito.” (P17)

“Num grita, não, senão você vai ficar lá... Quando você grita aí é que eles te deixam sofrer mesmo”. (Você ouviu isso antes de ir pra maternidade?) É, mas eu não gritei porque eu achei que... Eu acho que não tem necessidade. Pra quê que vai me adiantar, gritar? Vai me ajudar em alguma coisa? Não vai. Porque se eu tivesse vontade, eu ia gritar sim, eu só não grito por causa disso e porque não vai me resolver em nada.” (P12)

“Ele (o marido) falava assim pra mim: “Ó, no quarto que tava a Denise (ex-mulher dele) fazendo o parto, que foi particular e tudo”, ele disse que tinha mais vários partos também, né, aí ele disse que assistia tudo. Falava, “Nossa, que escândalo! Parece que o mundo vai acabar”. Sabe assim, ele falava, falou pra mim: “Se você ficar gritando, tem médico que fala ‘Deixa ela gritar’, então você fica na sua ali”. “Ah, tá doendo?”. “Tá doendo mesmo”, “Eles vai até vim mais rápido”, ele me falou isso. Eu falei: “Mas veja bem, se eu to ali acabando de dor eu vou ter que ficar caladinha? Não, eu tenho que chamar alguém. Socorro, eu sei que eu to ganhando”. (...) tipo assim, não é nada dessa hora que a gente tem que ficar caladinha.” (P18)

“Fazer escândalo” também pode assumir outro papel: o de instrumento para conseguir o que desejam que, na maior parte das vezes, é ser atendida. São exemplos os casos de P3 quando quis se internar com seu filho e de P21, única entrevistada que teve seu bebê numa maternidade particular, e que precisou usar da ameaça de um escândalo para ser atendida:

“Ele (o médico) falou assim: “Ah, mas ela não tá com cara de que tá com dor”. Ah, menina, aí a minha tia falou assim: “Ah, você quer que ela faça cara que tá com dor? Então eu vou lá fora e falo pra ela fazer um escândalo, então. Porque, se pra você ela tem que fazer escândalo pra mostrar que tá com dor...”. Ele queria que eu fizesse escândalo, entendeu? Que nem aquelas mulher que fica gritando e não sei o que. Aí ele falou assim: “Não...”, aí ele viu que a minha tia era

um pouco alterada, né, aí ele falou assim: “Não, então vamos colocar ela no soro, que não sei o que, né”.

A paciente escandalosa, portanto, é aquela que não suporta a dor do parto, que é “fraca” ou descontrolada, mas também é aquela que briga pelo que considera ser um direito seu: o de uma assistência que atente para suas necessidades. A figura da escandalosa é um bom exemplo das contradições ideológicas que atravessam esta relação de poder entre o profissional de saúde e a paciente e também um exemplo de estratégia de resistência às ideologias de gênero quanto à maternidade que subjazem em nossa sociedade e que podem ser captadas na própria comunicação cotidiana dentro desses serviços. Durante as entrevistas apresentamos algumas frases consideradas como chavões frequentemente utilizados dentro de maternidades públicas¹³ (ver anexo I) e perguntamos às entrevistadas se elas já tinham ouvido alguma. Seus relatos são bastante ilustrativos destas ideologias e das suas possibilidades de resistência.

Uma das frases apresentadas deixa clara a reprovação do que é considerado um escândalo: *“Esse escândalo todo porque se nem é o primeiro?”*. Duas entrevistadas relataram ter ouvido esta frase dita diretamente para elas e quatro presenciaram ser dita para outra paciente.

Nesse mesmo sentido, outra frase reconhecida pelas entrevistadas, além de reprovar um comportamento tido como exacerbado faz uma referência direta ao exercício da sexualidade da paciente: *“Está gritando por quê? Na hora de fazer gostou”*. Diversos estudos apontam para a frequência de comentários deste tipo em

¹³ A seleção das frases foi retirada da literatura científica a respeito e das entrevistas-piloto realizadas para esta pesquisa.

maternidades públicas que trazem a idéia já mencionada de que a dor do parto é o preço a ser pago pelo prazer do ato sexual. De tão comuns de serem ouvidos já são até esperados pelas pacientes, ainda que nem sempre aceitos (McCallum e Reis, 2006; Teixeira e Pereira, 2006; Domingues et al., 2004; Chiarotti et al., 2003; Hotimsky, 2002; Diniz, 1997). Três de nossas entrevistadas ouviram esta frase ou alguma de suas variações dita diretamente para elas por algum profissional de saúde; cinco ouviram ser dita para outra paciente na sua frente e quatro conhecem outras mulheres que já ouviram este tipo de frase:

“É, pras que estavam fazendo escândalo. Falou assim: ‘Ah, engraçado, né. Agora você já tá aí com dor? Pra pôr o neném pra dentro você não gritou desse jeito não, né’. Mas pra mim não falaram nada disso, não.” (P10)

“A médica foi fazer o toque em mim e eu falei: “Ai”. Aí ela falou assim: “Na hora de fazer não doeu, né.” (P11)

Referências a uma sexualidade sem controle das mulheres de baixa renda também podem ser percebidas, cristalizadas em chavões comumente utilizados nos serviços, através de frases como: *“não chora não que ano que vem você está aqui de novo”*. Sete entrevistadas disseram ter ouvido esta frase dita diretamente para elas por algum profissional; três ouviram frases semelhantes com o mesmo sentido e duas presenciaram ser dito para outra paciente.

“Ah, graças a Deus!”. Ele falou: “Não se preocupa, não. Daqui um ano você tá aqui de novo, quem vai fazer seu parto...”. Eu tava com os ponto, né, eu já tava dando de mamar pra ele aí o médico foi lá ver a gente e eu falei: “Ah doutor, é tão bom, né, depois que você sofre tanto, estar com

o neném no colo.”. Ele falou: “Você gostou?”. Eu falei: “Ah, eu gostei”. Ele falou: “Daqui um ano eu faço seu parto de novo.” (P10)

“A enfermeira falou brincando com a gente. (Falou com você também?) Falou. Na hora que nós chegou lá. Eu: “Ai, eu tô com dor, eu tô com dor”. Ela falou: “Não chora, não, ano que vem você vem de novo”. (...) Ainda eu achei que era brincadeira e comecei rir.” (P14)

“falaram num tom de brincadeira. Falaram “Quer mais um?”, “Não”, “Olha que ano que vem a gente te vê de novo” (P15)

Nos relatos tanto das puérperas entrevistadas quanto dos profissionais, frequentemente algumas dessas frases são entendidas como uma brincadeira. Algumas das puérperas entrevistadas consideraram “normal” e até esperado ouvir coisas deste tipo nas maternidades públicas e outras concordaram como foi o caso de P9, citado anteriormente. Algumas entrevistadas, porém, consideraram um tratamento grosseiro e desrespeitoso do profissional; perceberam intenções diferentes de uma simples brincadeira no tom de voz; trouxeram relatos de tentativas de resistência a esses valores e expressaram suas críticas no momento da entrevista:

“Quando eu saí, “Tchau”, “Tchau. Até pra o ano, viu. Que você vai gritar: me tira daqui, se vocês não me atenderem que eu vou denunciar vocês. Pra o ano você volta de novo”. Só assim, sabe, tipo assim, como se fosse assim, uma arrogância, né.” (P18 – parto normal, primeiro filho)

“No ano que vem você não se preocupa, não, porque vai estar aqui de novo. Só que eu não respondi nada, eu fiquei quieta. (Mas você achou isso ruim? Incomodou?) Ah, achei isso ruim, né, porque a gente tá ali não é porque a gente quer. Assim, algumas pessoas sim porque é planejado, né,

quando é planejado é diferente. Então elas não têm que ficar falando essas coisa porque elas não sabe da vida... Assim, por exemplo, eu tô conversando com você, você não sabe o que se passa dentro de mim se eu não chegar e não conversar com você, entendeu?” (P1)

“(O quê que você acha desse tipo de frase?) Ridículo. É que nem eu falei, né, você já tá ali naquela situação, ainda pra uma pessoa em vez de te acalmar, né, te deixa mais pra baixo ainda?” (P12)

Entretanto há também relatos de um bom manejo destas situações por parte dos profissionais, indicando possibilidades mais humanizadas de acolher e lidar com a dor das pacientes. São bons exemplos de profissionais que utilizaram sua autoridade para interromper o ciclo da violência e não alimentá-lo ainda mais, trazendo dados de realidade para a paciente com informações claras sobre o processo de trabalho de parto.

“Aí eu gritava, né, eu gritava, porque vinha tanta dor e eu falava: “Eu quero cesariana, eu quero cesariana”. “Eu quero que vocês me corta. Se eu morrer eu vou denunciar vocês.”, sabe. Eu lembro como hoje, eu fazia um escândalo e ele falava: “Calma, mamãe”. Era até um japonês ele, Doutor Emílio. Falou: “Calma, mãe. Você vai ter bonitinho. Não precisa cesariana. Pra quê eu te cortar se você vai ter ele bonitinho? Você vai ter ele normal, não precisa te cortar”. A única coisa que eles falava era isso”. (P18 – avaliou como bom o atendimento recebido)

(E você ficou com vontade de gritar, de xingar, de fazer alguma coisa?) Fiquei, mas aí depois elas falaram pra mim assim: “Não, respira fundo, não faz isso, não grita que é pior pra você”, aí eu acabei ficando calma. Só gritei na hora que eu vi a cabeça dele, mesmo”. (P14)

4.2.5 A solidariedade de gênero

Além do conselho sobre como devem se comportar na maternidade – sem fazer escândalo para não sofrer mais – dicas de qual é o melhor serviço e o melhor momento de ir para a maternidade também são passadas entre as mulheres da rede social das entrevistadas. Esta “solidariedade” também é buscada com as profissionais que as assistem, pela crença de que uma profissional mulher entenderá melhor a dor de outra mulher. A solidariedade de gênero, portanto, não só é ressaltada nas falas como é algo para o qual muitas apelam ou encontram conforto diante da dificuldade de suportar a dor:

“a enfermeira Mariana também foi muito legal comigo, assim, ela falava: “Calma Olga, você vai ter seu bebê. É assim mesmo, eu sou mãe de três.”, sabe, ficava assim, me dando força, né. Muito Boa.” (P18)

“a gente chega sentindo dor, alguma coisa, eles têm que atender a gente melhor. E eles me trataram muito mal, a mulher, sabe, falou um monte pra mim. (...) eu digo a gente, assim, com dor e ela perguntou assim pra menina se era o primeiro filho, a menina respondeu que era, aí ela falou assim: “Ah, depois que a gente colocar o soro você vai ver o que é dor. Você nunca teve filho, não?””. Então isso eu não gostei, né. (...) Falou pra menina, mas eu também não gostei, né. Como eu sou mulher, eu também tava grávida, eu também ia passar pela mesma situação que ela. Aí ela queria... É... Foi dar injeção em mim, eu tirei o braço, começou... Eu fiquei com medo, né. Ela falou assim: “Ah, você nunca teve filho, não? Você nunca sentiu dor, não?””. Eu falei assim: “Lógico que senti, você também não sentiu dor, não? Você teve filho, você falou pra mim que teve quatro filhos””. (P1 – no seu último parto)

Neste exemplo, P1 não só se solidariza com a colega que estava na mesma situação que ela como apela para uma solidariedade de gênero com a profissional que

as estava assistindo. A reação de P1 a esta conduta da profissional, que tenta subjugar as pacientes sob a ameaça de dor, a nosso ver configura-se como uma estratégia de resistência a esta violência.

Iguais no gênero, mas desiguais na relação de poder profissional/paciente, encontramos também na literatura relatos da reprodução de um discurso autoritário e de comportamento hostil por parte de profissionais de saúde mulheres com as pacientes (Teixeira e Pereira, 2006; Saizonou et al., 2006; D'Oliveira e Schraiber, 1999; Jewkes et al., 1998). Esta desigualdade se ampara, muitas vezes, em diferenças de classe e etnia, no conhecimento técnico e científico que as profissionais detêm e numa naturalização ideológica do exercício do poder médico pela posição hierárquica que ocupam. De acordo com D'Oliveira e Schraiber, *“estas profissionais podem ser vistas como um ‘duplo’, isto é, femininas por situação de gênero e ‘masculinas’ por condição tecnológica, reproduzindo na enfermagem o poder médico”* (1999:344). Contudo as mesmas autoras ressaltam que esta desigualdade não é fixa, sendo desfeita e refeita continuamente, uma vez que as usuárias desses serviços resistem, acomodam, desafiam, questionam, silenciam e discordam.

Em geral, a maioria dos estudos que abordam este tema refere-se à atuação de enfermeiras, entretanto, não ignoramos o fato de que o mesmo pode ocorrer com profissionais médicas, na reprodução do poder médico que historicamente está pautado em valores masculinos de dominação do outro.

Neste sentido, algumas de nossas entrevistadas também buscaram esta solidariedade de gênero nas médicas, preferindo a assistência de mulheres por considerarem que elas são mais sensíveis e compreensivas:

“Mulher é mais delicada. Porque ela está entendendo a minha dor.” (P3)

*“eu acho que a mulher é mais cuidadosa. (...) Ela tem um jeito melhor de falar as coisas (**Porque que você acha isso? Porque será que é assim?**) Ah, porque a mulher, eu acho que ela pensa mais pra falar. O homem mais... Já tem esse lado mais bruto, mais grosseiro, né. Eu, particularmente, prefiro passar com mulher. (M13)*

Outras, no entanto, não acreditam haver diferença no tratamento quanto ao gênero do profissional.

“Sei lá, porque a médica que fez o parto dela foi uma mulher, né, então... Achei ela muito estúpida”. (P11)

E uma de nossas enfermeiras entrevistadas considera que as médicas não são necessariamente mais solidárias e atenciosas com as pacientes por uma condição de gênero:

“As pacientes (...) não levam desaforo pra casa. E daí começa as discussões, principalmente quando é médica, quando é médica (...) O limiar de paciência delas é bem mais ‘à flor da pele’. Os médicos são mais pacienciosos, os homens são. São bem mais pacienciosos, eles escutam mais, eles ponderam mais com as pacientes, a mulher não, mulher já... Deu uma, levou outra, aí vai todo mundo pra diretoria”. (E3)

4.3 Cuidado e gênero na visão dos profissionais entrevistados

No relato dos profissionais entrevistados sobre suas práticas também encontramos retratados aspectos do que eles consideram que seja uma assistência boa

ou ruim a partir das dificuldades encontradas nas instituições onde trabalham ou na relação com as pacientes. Através das falas desses profissionais podemos perceber a maternidade retratada pelas puérperas entrevistadas como um lugar de cuidado e de maltrato – palco para o exercício do poder na relação profissional/paciente e nas relações de gênero.

4.3.1 O serviço de saúde segundo os profissionais

Não foi traçado um perfil de cada maternidade pública onde os entrevistados atuavam porque não foi nosso objetivo fazer um estudo sobre as maternidades especificamente, mas sim sobre a atuação dos profissionais em maternidades públicas, independente de qual fosse¹⁴. Assim, as perguntas do roteiro relacionadas às maternidades visavam uma melhor contextualização da atuação do profissional. Aqui relacionamos alguns dados sobre essas instituições, trazidos pelos entrevistados, para uma melhor contextualização da análise sobre a prática assistencial dos mesmos.

Dentre as maternidades públicas mencionadas apenas duas são referência para gestação de alto risco, o que lhes justifica o alto índice de cesáreas. Ainda assim em todas essas instituições onde os profissionais entrevistados trabalham a conduta pregada é de dar preferência ao parto normal e somente realizar a cesárea com indicação clínica.

Quanto às condições estruturais, de recursos humanos e materiais, metade dos entrevistados relatou como aspectos ruins em suas condições de trabalho a falta de tempo para atender (sobrecarga na demanda); a falta de um anestesista de plantão na

¹⁴ Ao todo foram citadas doze maternidades públicas e seis privadas.

maternidade; o número pequeno de leitos; o preparo insuficiente da equipe de enfermagem quanto ao cuidado com a paciente; a dificuldade de entrosamento (entre profissionais da mesma categoria) com a equipe do plantão seguinte, de outros plantões ou do mesmo plantão; divergência de condutas entre categorias profissionais distintas; a dificuldade de conseguir alguns exames; influência da política local na conduta dos profissionais de saúde; a impunidade dos profissionais que são concursados e não podem ser demitidos mesmo que sejam “maus” profissionais; a escassez de recursos financeiros e escassez de material básico suficiente para a assistência (gaze, fio, porta agulha, tesoura, absorventes para as pacientes, etc.) e a falta de alimentos adequados para a paciente.

“Você fala pra enfermeira: ‘Acende a luz pra eu operar a paciente?’”, “Ah doutora, o foco é ruim assim mesmo. Tá aceso’. ‘Então traz um auxiliar’, e ela põe vários pequeninos focos e você não enxerga porque a luz não... Ou então você operar debaixo do sol batendo nas suas costas e você pedir pra fechar a veneziana e a veneziana não existe, então você tem que fazer uma cesárea com o sol batendo nas suas costas. Aí você pede pra ligar o ar, não tem ar. Aí você vai pegar uma tesoura e a tesoura não corta porque o material todo ali tem vinte anos e ninguém troca. Entendeu? Esse é o problema do serviço público. Ninguém tá olhando. Então não é um hospital que tem que dar lucro para o dono. (...) Não tem alguém que fiscalize e cobre que tudo esteja perfeitamente. Então é assim, o médico é ‘chiliquento’. ‘Pô, essa tesoura não tá cortando. Joga essa merda fora’. E eu dou chique nessa sexta, na outra, na outra, na outra, há quinze anos. Eu e o outro cara que vem depois, entendeu?” (O9)

“Não é a paciente, não é o marido da paciente. Eu adoro... Não tenho problema. O problema maior é quando você tem que enfrentar uma situação de desconfiança de outros colegas, do plantão seguinte, por exemplo. Porque você deixou um caso lá que estava evoluindo normalmente, mas que a maioria teria feito uma cesárea.” (O2)

“Não fala assim às claras [que não gosta de trabalhar], mas é ríspido, é insatisfeito, faz empurrando com a barriga, chega atrasado e sai mais cedo, faz um horário de almoço maior, de jantar maior, de descanso maior, por quê? Ele [o médico] não quer trabalhar, ele tá insatisfeito com aquele emprego. Isso você pede para trocar uma cama de um paciente, porque a gestante ela evacua na cama, ela faz xixi na cama, a bolsa rompe ela fica no molhado, então [tanto] você quanto a auxiliar de enfermagem, você tem que estar visando o conforto dela.” (E4)

Uma das enfermeiras, E2, também refere que a sobrecarga de demanda na maternidade é um dos motivos que fazem com que os profissionais acelerem os partos normais, com indução de medicação, para liberar vagas e não “correr o risco” de nascer ninguém nos corredores do hospital.

“Nós temos seis leitos pra parto normal e três pra cuidar dos intermediários. Tem três pacientes no corredor, tem três que falta nascer que tá perto. Não tem onde colocar paciente mais, a maternidade tá cheia e não tem como mandar ninguém, então. (...) Como é que nós vamos prestar cuidado pra todo mundo se tem alguma coisinha... Tem algum paciente, alguma coisa que tá um pouco mais devagar? Então vamos conduzir o parto da forma mais rápida... (...) No final vai dar tudo certo pra ela.” (E2)

Esse dado é confirmado pela literatura (Balaskas, 1993; Diniz e Chacham, 2006) que aponta também o ônus disso para as pacientes, como o aumento desnecessário de dor que pode dar início a uma cascata de intervenções prejudiciais inclusive para o bebê.

Apesar das dificuldades citadas, aspectos bons também foram ressaltados pela maioria dos entrevistados como a disponibilidade razoável de recursos materiais (para boa parte das maternidades onde trabalham); boa infra-estrutura; ter residentes (ser um serviço-escola), o que obriga a uma reciclagem constante dos próprios

profissionais; bom entrosamento com a equipe de plantão; equipe bem preparada; estrutura física boa e autonomia de trabalho.

Quando perguntados sobre suas sugestões de mudança na instituição onde trabalham, os profissionais entrevistados apontaram como melhorias e soluções para suas dificuldades e conflitos as seguintes propostas: incremento dos recursos humanos (incluindo aumento no número de profissionais nas equipes – obstetras, anestesistas e enfermeiras obstétricas – e doulas voluntárias da comunidade no período noturno); maior consenso entre os profissionais (da mesma categoria ou de categorias distintas) quanto às condutas; mudanças na estrutura física (aumento do número de salas de parto, maior conforto para a equipe de enfermagem com um lugar de descanso e maior privacidade para as pacientes possibilitando a permanência de acompanhantes durante todo o trabalho de parto); melhor qualificação técnica e humana/ética das equipes de enfermagem; maior rigor nos critérios de contratação de profissionais, visando não só aspectos técnicos como também éticos e pessoais (como “gostar de trabalhar com gestantes” referindo-se especificamente ao caso de técnicas de enfermagem).

Alguns fatores de ordem externa também foram apontados na melhoria das condições de trabalho, como mudanças na estrutura de encaminhamento de pacientes para a maternidade, a fim de refrear um pouco a demanda desnecessária de casos que não são de internação ou intervenção imediata. Mudanças na qualidade do pré-natal realizado nas UBS, a fim de preparar melhor a paciente para o trabalho de parto, também foram apontadas como importantes por alguns obstetras entrevistados. E, finalmente, uma obstetra ressaltou a importância de que políticas públicas de saúde

sejam levadas mais a sério para que os recursos destinados à saúde de fato sejam devidamente empregados.

No que se refere à questão de acompanhantes, todas as maternidades mencionadas só permitem acompanhantes mulheres na sala de pré-parto, sob a alegação da falta de privacidade para as demais pacientes no caso de acompanhantes homens. A presença dos parceiros é permitida na hora do parto. Esta falta de estrutura física das instituições para oferecer a adequada privacidade às pacientes acaba servindo de justificativa para que muitas fiquem sem acompanhantes já que, em muitos casos, quem a leva ao hospital é o parceiro.

“A gente não tem estrutura pra [o parceiro] acompanhar o parto, o trabalho de parto. Não tem. Não seria bom. Porque hospital é muito comum você ter mulher com uma infecção puerperal internada no leito ao lado da paciente que vai dar à luz. Nossa estrutura... Então o familiar... E as mulheres ficam de camisola, várias mulheres de camisola, não daria pra ficar o marido de todas essas. Seria muito ruim. Eu sei que a lei garante, mas na prática não seria bom. Mas a gente tem deixado assistir o parto mesmo, quando tá nascendo, ou quando nasce na cesárea, né.” (O1)

Outro estudo (McCallum e Reis, 2006) realizado em maternidades públicas do nordeste também aponta que esta é a justificativa apresentada pelos profissionais para a não permanência do acompanhante.

Entretanto, todos os obstetras entrevistados demonstraram ser favoráveis à presença de um acompanhante, com alegações de que este serve de testemunha de que o médico fez todo o possível para ajudar à paciente, e de que sua presença serviria também para inibir a violência de ambos os lados: a paciente fica mais calma e agride menos o profissional e este, por sua vez, não trataria mal a paciente na frente

de uma testemunha dela. Essa concepção mostra o quanto parece ser comum para alguns profissionais a possibilidade de ocorrência da violência institucional. O que percebemos, com o relato das pacientes entrevistadas, foi que mesmo na presença de acompanhantes, inclusive de seus parceiros, elas são por vezes infantilizadas, ouvem frases que elas consideram grosseiras e são ignoradas em suas queixas de dor.

Aspectos positivos da estrutura física e administrativa das maternidades também foram mencionados quando a questão da humanização do parto surgia no contexto da entrevista, o que nos possibilitou perceber, através das falas dos entrevistados, alguns efeitos do movimento de humanização do parto nestas maternidades. Ressaltamos que nenhum dos profissionais entrevistados referiu qualquer tipo de capacitação na instituição quando o programa de humanização do parto foi adotado. Alguns profissionais relataram a imposição de metas para parto normal em maternidades públicas, em decorrência do PHPN, e fizeram algumas críticas a esse respeito.

“Eu acho que quando você força muito uma situação pra você alcançar um índice, a chance de você ter naquele, naquele procedimento um insucesso é muito grande. (...) E eu acho que o médico também, não pode se sentir coagido, porque às vezes, também, o médico se sente coagido no serviço, em buscar um índice, e a gente não pode lidar com as pessoas como um índice, a gente tem que lidar pessoa por pessoa. (...) Então eu não fico buscando índice, eu procuro, eu busco, eu procuro um bebê saudável. Porque não adianta você fazer um parto normal ótimo e aí nasce um neném que tem seqüela aí pra vida inteira” (O6)

A maioria dos obstetras (8) tem na equipe de saúde de seus locais de trabalho enfermeiras obstétricas. Em alguns lugares elas têm maior autonomia para realizarem

sozinhas os partos normais de baixo risco e em outros acompanham os médicos que supervisionam o seu trabalho – como foi apontado pelas enfermeiras entrevistadas.

Boa parte das instituições mencionadas não dispõe de anestesistas de plantão para realização de analgesias de parto e poucas dispõem de recursos como banheira, bolas, “cavalinho”¹⁵ e cadeiras de parto para as pacientes. Em todos os relatos os profissionais entrevistados referem se utilizar dos recursos que dispõem para alívio da dor como banhos quentes e deixar a paciente se mover livremente. Contudo, como veremos adiante, o manejo da dor configurou-se como uma das principais dificuldades desses profissionais durante a assistência prestada às pacientes.

Apenas uma das maternidades mencionadas dispõe de maior conforto e privacidade para a paciente no Centro de Parto (para partos normais) com quartos individuais e banheiros preparados para todas as condutas necessárias no pré-parto, parto e pós-parto imediato para com a paciente e o recém nascido (RN). Esta também foi a única maternidade mencionada que permite à paciente escolher a posição na hora do parto, nos casos de partos normais de baixo risco, realizados pelas enfermeiras obstétricas. Nas demais é imposto à paciente que no período expulsivo ela esteja na posição horizontal de decúbito dorsal, o que já foi apontado pela literatura científica como desconfortável para a paciente e menos indicada em casos de baixo risco (Diniz, 1997; Brasil, 2001).

4.3.2 As pacientes na visão dos profissionais: aspectos da relação

Alguns profissionais revelaram uma imagem das pacientes atendidas no serviço público como mulheres ignorantes, com dificuldades de compreensão do que

¹⁵ Como denominado por um entrevistado.

é dito e com uma sexualidade difícil de ser controlada (porque elas têm muitos filhos e ainda muito jovens).

“Elas (as pacientes) acham que tinha que acontecer aquilo, elas acham uma série de coisas que não tem nenhum sentido, muitas vezes, né. E mesmo você tentando explicar, aquilo parece que não consegue entrar de maneira adequada, vamos dizer assim, então a gente tem esse tipo de limitação.”
(O5)

De acordo com a fala deste profissional, em muitos casos, a mulher que vai ao serviço público não “entende” o que o médico fala e o que ela fala “não tem sentido” para os profissionais. A fala das pacientes, portanto, é esvaziada de sentido, de significação, uma vez que seus valores e conhecimentos não são reconhecidos naquele ambiente de domínio médico, o que, acreditamos, favorece a violência institucional.

Dados semelhantes a esses foram encontrados por Dalsgaard (2006) associados a práticas violentas na assistência às pacientes. Segundo Teixeira e Pereira (2006), atitudes e comportamentos das pacientes e dos profissionais estão sujeitos a serem interpretados equivocadamente, por ambas as partes. O resultado acaba sendo uma comunicação truncada de reinterpretação de falas e sentimentos que pode fazer com que a paciente colabore pouco com a equipe justamente por não entender o que esperam dela. No outro lado desta situação, em consequência da falta de compreensão mútua, procedimentos e atitudes dos profissionais em relação às pacientes, podem ser percebidos por elas como descaso ou maus tratos.

Neste sentido, alguns profissionais entrevistados consideraram que em muitos casos a agressividade que eles identificam na paciente e/ou nos familiares tanto pode vir de uma banalização da violência no seu meio cultural, como ser uma reação

defensiva a maus tratos já sofridos em experiências anteriores de assistência na saúde:

“a gente vê pacientes que vieram de um meio, já, que é agressivo. Pacientes, por exemplo, que são contaminadas às vezes pelos familiares, entendeu? Que já vem impondo, né, quer dizer, tem que internar, tem que fazer porque eles [familiares] indicam internação, eles obrigam a equipe médica a internar. Ele já vem, muitas vezes, agredindo a equipe médica, a equipe de enfermagem, né. É... Uma paciente que já veio maltratada de outro serviço, então ela já vem com essa prevenção, né. E também o preconceito do serviço público que existe e é muito grande, né. “Aqui o paciente num serviço público é maltratado” (dizem as pacientes). Ela já chega assim, entendeu, com essa idéia: “Paciente do serviço público é maltratado” (O10)

“Geralmente os casos mais difíceis acabam sendo as pacientes que passaram por vários hospitais públicos então elas acabam chegando com pedras na mão.” (O8)

“A gente fala muito de violência, mas eu acho que a violência, ela tá incorporada no cotidiano de todo mundo, né. Então tem pacientes que já vão com o pré-conceito de que vão entrar num hospital público e vai ser maltratada ou vai ser tratada de uma maneira inadequada.” (O5)

Neste contexto, uma das questões levantadas nas entrevistas foi a definição do que seria uma “paciente difícil”, não por questões clínicas (pacientes de alto-risco), mas por dificuldades no relacionamento profissional/paciente. Algumas causas para essas dificuldades foram levantadas por alguns profissionais como pacientes com distúrbios psiquiátricos ou usuárias de drogas que estejam descompensadas; pacientes com história prévia de violência sexual ou doméstica e paciente com gravidez indesejada. As adolescentes foram tidas por alguns profissionais como mais difíceis por serem mais inseguras, “dependentes da mãe” e “infantis”. Outros profissionais, por sua vez, consideraram que a insegurança pode

ser um fator positivo em adolescentes e primíparas (de qualquer idade) porque, nestes casos, a paciente ouve mais o médico sem questioná-lo; colabora mais, justamente pela insegurança e medo de que algo ruim aconteça, ou seja, obedece sem questionar. Do mesmo modo as multíparas foram consideradas, por alguns, como mais difíceis porque questionam mais em função de seu conhecimento prévio com as experiências anteriores de gestação e parto. Outros profissionais, no entanto, acreditam que as multíparas são mais fáceis justamente por já terem experiência prévia de parto, o que as torna menos ansiosas, menos demandantes, mais colaborativas e tolerantes à dor – novamente o perfil da boa paciente. Lembramos que nas entrevistas com as puérperas a obediência também aparece como uma importante questão na relação dessas mulheres com os profissionais: a aceitação da dor e obediência sem questionamento é o que se espera da boa paciente; sendo seu oposto justamente a escandalosa e que fica, portanto, sujeita a represálias.

“uma paciente [multípara] ontem foi orientada a ficar na cama, ela... Não era o primeiro filho dela. Ela sentiu vontade de fazer cocô, o que é normal, porque o nenê fica pressionando por dentro, ela saiu correndo do banheiro, foi pra cama e o nenê tava com a cabeça já pra fora, né. E na hora de posicionar aí ela não queria e tentou fechar a perna, né, aí isso dificulta, isso não pode acontecer (...) ou mesmo na hora do, do... Da força em si. Não dá aquela força contínua que... De uma forma que o bebê consiga nascer. Acontece. Corre o risco de hipóxia, anóxia (...) e demora mais”. (E2)

“Ah, eu acho que pacientes adolescentes que é super boazinha, tudo que a gente pede elas fazem, colaboram, fazem força e tem aqueles que já tiveram outros que dão muito trabalho, é relativo. (...) boazinha é quando a paciente colabora, faz força, quando ela é... tudo que a gente pede ela faz sabe (...). Agora a paciente que não é tão boazinha é aquela paciente que não faz força, às vezes o neném ta lá

nascendo e ela não faz força, ela nem, o neném sofre, ela fecha a perna (...) já teve paciente que bateu a perna no corpo do médico, dá murro, às vezes ela ta na mesa, ela levanta da mesa fala que não quer mais o parto, (...) Por exemplo, ontem né, ontem teve uma que era o quarto filho e ela deu muito trabalho. Ela não queria colaborar, não queria fazer força, às vezes a gente fala com a paciente “vai” e ela não faz força, não colabora, já a paciente que colabora o bebê nasce mais rápido.” (T3)

Alguns profissionais também apontaram aspectos de classe como fatores que podem dificultar a relação com a paciente. Um obstetra ressaltou o que ele considerou como um sentimento de exclusão social por parte da paciente que acredita ser discriminada por ser pobre. Foram citados como exemplos situações em que a paciente acredita que não a internam no momento em que ela recorre à maternidade ou que não fazem a cesárea por sua condição de classe: prevalecendo a concepção de que pobre tem que sofrer para parir e de a cesárea é o parto sem dor e, portanto, um privilégio de quem pode pagar por ele. Outros dois profissionais também consideraram que as pacientes com nível sócio-cultural mais baixo, as mais pobres e mais jovens são as que “descompensam” mais.

E finalmente, como já citado antes, os profissionais também apontaram como uma das possíveis causas para a dificuldade de lidar com as pacientes, a falta de vínculo anterior devido à descontinuidade da assistência entre pré-natal e parto pelo mesmo profissional. A falta desse vínculo, segundo os profissionais, torna mais difícil para a paciente que chega à maternidade com dor e medo, confiar em um profissional absolutamente desconhecido para ela.

Assim, de uma forma geral, dois perfis de pacientes difíceis, não excludentes entre si, foram levantados pela maioria: a paciente “pouco colaborativa” ou que se

recusa a “colaborar” com os profissionais no trabalho de parto e a paciente “escandalosa”.

A “não colaborativa”:

A paciente “não colaborativa” seria aquela que fecha a perna; que não escuta o profissional; que não faz uma força percebida como efetiva; que “atrapalha” o trabalho do profissional; que chega despreparada para o parto (geralmente por deficiência de um pré-natal adequado); dispersa (que não se concentra no trabalho de parto); que não entende o que o profissional fala (pela própria “fisiologia” do parto ou porque tem baixa escolaridade); ou ainda, aquela paciente com um perfil mais agressivo; que é rude no trato; que recusa ou dificulta o exame e de difícil condução do trabalho de parto.

Uma enfermeira, E2, justifica as razões para a paciente não “colaborar” pela falta de experiência, pelo cansaço físico devido a um parto prolongado ou porque ela é mal orientada no pré-natal e na maternidade.

“Porque é difícil na hora com tanta dor, com tanta coisa acontecendo, você falar e ela te escutar e compreender aquilo de uma forma corretinha”. (E2)

Uma das implicações da falta de “colaboração” da paciente apontada por quatro obstetras e duas enfermeiras foi a necessidade de utilização da manobra de Kristeller, sabidamente proscrita, mas ainda muito praticada nos serviços públicos onde os entrevistados atuam.

“Ainda se faz, de vez em quando (...) a manobra de Kristeller é quando você empurra o fundo do útero, né. Alguém empurra o fundo, né, pra ajudar a expulsar. Agora, lógico,

existem casos que sobem duas pessoas em cima da paciente pra fazer... Pra expulsar. (...) É. Em períodos expulsivos difíceis, né. (...) Faz, ainda se faz. Quem falar que não faz, tá mentindo”. (O10)

“ainda alguns a gente usa manobras de Kristeller, apesar dela ser proibida, alguns casos que realmente necessitam a gente faz, mas realmente ela é proibida aqui no Brasil (...) ela é proibida (mas ainda se faz?) se faz, em qualquer hospital. (A manobra de Kristeller é você empurrar por cima?) é, pra baixo com toda força, entendeu, não é você da aquele empurrãozinho, é o empurrão! É você pressionar o estomago, é você fazer força pela paciente. (...) eu não consigo fazer, por que eu não tenho força suficiente, é geralmente quem faz mais é homem, quem empurra ou uma mulher que tem muita força. Eu já tentei e não consegui, em uma emergência você acaba fazendo, não vou falar que não, hospital público, hospital particular, exceto paciente que tenha cesárea anterior, que a gente não faz, não faz de maneira nenhuma. (...) Todo mundo fala “ah, mas não se usa mais” usa-se sim, em todos os hospitais, particular, público, qualquer hospital se precisar usa”. (E4)

A escandalosa:

A paciente “escandalosa”, consoante com a definição dada pela maioria das puérperas entrevistadas, é a paciente “histérica”; descontrolada; que não fica quieta (não para na mesa, pula da cadeira, fica de pé, grita, dá murro, chute, levanta o quadril, tira a perna da perneira); que faz “showzinho”; que não está “focada no parto”; que já chega querendo cesárea e quer “impor” suas vontades; que é “pouco tolerante à dor” e que quer um atendimento “mais individualizado” (que demanda mais atenção, que é poliqueixosa).

“é aquela paciente que não deixa... Não se deixa ajudar, né, que não ouve a opinião do médico, que exige uma coisa que, na verdade, ela desconhece (...) É a paciente que grita, que entra em... Hã... Não quer porque não quer um tipo de parto e... Hã... Porque ela quer, e ela começa a se rebel diar e se eu ver que tá tudo ótimo e... Mas ela não quer ouvir você, né.

Esse é um caso difícil. E não são poucos, é bem comum. E aí tem aquele problema, a paciente, geralmente, é a paciente que não te conhece, né, e aí não ouve você porque ela não te conhece e não quer nem saber quem você é, né. Então caso difícil eu acho que é esse daí. Esse é um tipo de caso difícil, um caso difícil de condução do parto.” (O4)

“É tem aquela paciente que se queixa de dor toda hora (...) ela chama toda hora, você fez um analgésico x não melhorou, fez outro não melhorou, sabe? Tem aquela paciente que diz “eu to morrendo de dor, eu to morrendo de dor, eu to tendo contração, minha barriga eu não sei o que”, essa gestante e você faz o cardiotoco que é onde pega as ondas de contração e não tem nada! Entendeu, não tem nada! Então, tem esse tipo de coisa mesmo, você tem que ir do jeito da paciente mesmo, o modo de chamar a atenção, tem paciente que ta com o marido no quarto, tem um monte de coisas, vários fatores”. (E1)

“Eu sempre falo assim: é só você ver a postura da paciente na maca do parto, na, na... Na cama do parto. Se a paciente está completamente descoberta, com o lençol na cara, você percebe que ela não tá focada no parto dela, ela tá com alguma coisa. Agora, se você percebe uma paciente já bem, com uma postura boa, ela tá focada, ela tá entendendo. Eu sempre falo: “Olha pra você. Vê como você tá”, tá completamente pelada, perna aberta, berrando. Não tem muito sentido.” (O7)

“é aquelas que quando dá a dor nelas, a contração, ela diz que vai morrer. Repete sempre, repete. Muitos casos acontecem lá que em geral assim, é o quarto, o quinto filho, elas já passaram, já é a quinta vez que ta passando por isso e sabe que não vai morrer com aquela dor. Ai elas se tornam paciente difícil, porque ela não importa com o bebê dela, ela quer que passe a dor dela! Ai é uma paciente difícil, porque ela já sabe que não é assim, a dor é a dor de trabalho de parto...” (T1)

A paciente escandalosa, portanto, é aquela que não se submete ao papel de paciente obediente e à naturalização da dor do parto – para os profissionais ela parece querer impor sua própria opinião sobre o que deve ser feito, colocando seus

interesses acima dos interesses do bem-estar do bebê. Consideramos existir aqui duas possibilidades: uma é a de que os profissionais vejam uma tentativa da paciente de participação no seu processo de parto como uma imposição. Neste contexto, da perspectiva do profissional não há espaço para discussão de condutas com a paciente que questiona a sua autoridade. Outra possibilidade é a de que a comunicação seja de fato truncada e ineficaz: a paciente não é ouvida; sua demanda não é acolhida. Ela, por sua vez, também não “ouve” o profissional e não colabora. Não há, portanto, um diálogo que conduza à negociação sobre o compartilhar de responsabilidades e decisões, o que abre espaço para a violência.

Um dos obstetras entrevistados, O2, pondera que este “descontrole” da paciente “escandalosa” se deve muito mais ao medo do que propriamente à dor. Ele toma como referência para esta justificativa um autor, Dick Read¹⁶, de referência no campo da humanização do parto:

“Então eu vejo que é mais um medo mesmo, não é tanto a manifestação da dor. Dick Read falava que o medo pode levar à dor, à tensão e a tensão leva à dor. Então isso vira um círculo vicioso: medo, tensão dor, medo, tensão, dor.”
(O2)

Este círculo vicioso de “medo – tensão – dor” encontra sustentação se considerarmos o clima de medo que domina a experiência de parir na maioria das maternidades públicas, como apontado por vários estudos citados anteriormente e corroborado pela fala das puérperas entrevistadas e de uma obstetra, O9, que descreve o parto na assistência pública como “abandonado” e “desumano”.

¹⁶ Obstetra que nos anos 50 preconizou o uso de técnicas comportamentalistas de controle da dor a fim de minimizar as dores do parto e transformá-lo em um evento mais prazeroso (Tornquist, 2002)

Algumas enfermeiras também justificam o descontrole da parturiente pautadas numa visão biologicista de que a paciente em trabalho de parto, por estar sob efeito da ocitocina, ficaria com baixo limiar de compreensão da realidade externa, chegando, algumas vezes, a uma espécie de “enlouquecimento”. Este efeito do hormônio seria a razão de algumas condutas tidas pelos profissionais como impróprias, como, por exemplo, querer arrancar a roupa na frente dos outros.

“a paciente em trabalho de parto é uma paciente difícil de se lidar por que assim, a gente sabe que a ocitocina meio que enlouquece, então ela tá pelada correndo, quer deitar correndo, não espera se cobrir”. (E5)

“A gente sabe que gestante, parturiente, puérpera, não têm a compreensão tanto quanto a nossa. É normal, é fisiológico. Então assim, você vai repetir dez vezes e vai ter que repetir, e ela pode não compreender aquilo da forma que você acha que uma pessoa vai estar compreendendo. Ela tem uma diminuição no raciocínio e no entendimento”. (E2)

A concepção sobre esta questão revelada pelas falas das enfermeiras entrevistadas aponta, mais uma vez, para a impossibilidade de diálogo com o outro visto como um sujeito incapaz de compreender e participar das decisões sobre si mesmo. A imagem da paciente “meio enlouquecida” é justificada pela biologia e, portanto, naturalizada.

Lembramos que é do senso comum na população de usuárias que a maternidade pública é um lugar de maltrato. Tanto as puérperas que entrevistamos quanto os profissionais confirmaram que a parturiente, via de regra, já chega à maternidade avisada por seus familiares e pela rede social de que, se não se “comportar”, sofrerá maus tratos.

*“elas chegam com medo ali, alguma coisa lá fora acontece que a própria, os familiares, amigos, vizinhos, não sei, eles tem essa coisa na mente que são maltratadas as pessoas que entram lá. Então, elas são orientadas que tem que ficar quietinha, não pode gritar, não pode chorar, não pode reclamar porque senão a gente vai maltratá-las. (você já viu **pacientes falarem isso para você?**) já, já, muitas já falaram, muitas já chegaram ali com medo “ai eu fiquei com tanto medo de entrar aqui, porque as minhas vizinhas falaram que a gente não pode gritar, ainda mais quando é trabalho de parto normal né?”(T2)*

Ainda que alguns profissionais neguem que isso aconteça na prática e afirmem que seja uma espécie de “lenda”, “mito”, muitos confirmaram em diversos momentos que esses maus tratos de fato acontecem. Contudo, o desdobramento deste “medo” de um sofrimento adicional desnecessário, em função da violência institucional diante de uma conduta tida como escandalosa, difere na fala de pacientes e profissionais. Muitos profissionais associaram a agressividade, rebeldia e falta de colaboração das pacientes a uma postura defensiva causada por este medo prévio de ser maltratada. Medo muitas vezes fundamentado em experiência anterior. A maioria das puérperas entrevistadas, por sua vez, por acreditar que é uma postura mais “escandalosa”, ou seja, não “comportada”, que desencadeia ou exacerba o maltrato, adotou justamente um comportamento inverso, como aconselhado por outras mulheres de sua rede, com atitudes mais passivas de suportar a dor caladas; na tentativa de se adequar ao que lhe é esperado na instituição.

Embora, sejam desfechos distintos e até contraditórios os apontados para esta situação, nos relatos de profissionais e usuárias do serviço, eles não são excludentes e revelam a visão sobre o tema de acordo com a perspectiva de cada sujeito envolvido. Neste sentido, sob a ótica dos profissionais o medo da paciente ser agredida resulta em agressividade e não colaboração, uma vez que a paciente contida, obediente e que

não faz escândalo é vista como aquela que está “preparada” para o parto; que está “focada” no seu parto. Essa é a “boa” paciente e, portanto, na maioria das vezes, não é vista, sequer considerada, como aquela que por medo de um sofrimento maior (algumas vezes enunciado em falas ameaçadoras) pode estar contendo o grito. Se este for o caso, o medo não é visto nem conversado.

Por outro lado, sob a ótica das pacientes, essa submissão configura-se como uma estratégia de resistência à violência de um ambiente hostil. Ser identificada pelos profissionais como colaborativa, obediente, que quase não dá trabalho, pode trazer-lhes alguns ganhos secundários: ser mais bem assistida, receber atenção individualizada, não ser deixada sozinha, ou simplesmente não ser maltratada, o que já é um ganho em si.

O escândalo, socialmente criticado, no processo de parto como expressão de dor e sofrimento, parece ter, portanto, limites tênues que dependem mais da perspectiva, da tolerância e da paciência de quem o assiste do que da intensidade de quem o pratica. Ou seja, as queixas de dor e o choro da paciente podem ser percebidos, pelo profissional que a assiste, como escândalo ou como um pedido de ajuda e acolhimento.

A ameaça à autoridade

Outro aspecto apontado como uma dificuldade na relação com as pacientes foi a interferência de familiares muito ansiosos que não aceitam a recusa da internação sob qualquer alegação porque temem pela segurança da paciente e do bebê. Um dos obstetras foi enfático na tentativa de mostrar no seu relato o quanto a

comunicação com os familiares a esse respeito é difícil quando a autoridade médica é questionada:

“eu acho que você trás a pessoa pra mais próximo de você quando você é claro, quando você não deixa as coisas na obscuridade. É mais fácil, mas existem ainda as limitações da própria pessoa (...) Como o caso daquela senhora que eu falei pra ela que a filha dela não ia ficar internada porque ela não tinha indicação técnica de ficar internada e que a opinião dela, como mãe, não tava me importando naquele momento, de que a internação é uma decisão técnica e não uma decisão pessoal, entendeu? Então chega uma hora que você... Por mais que você seja claro, você não vai... Você não vai satisfazer porque ela tá com uma expectativa que não foi preenchida. E você não tem a responsabilidade de preencher as expectativas dos outros, mas eu acho que você tem que ser claro o suficiente pra pessoa ver que você tá fazendo o melhor que você pode. Ser carinhoso com a pessoa, ser atencioso, ser enérgico na hora que você precisa ser enérgico também. Acho que isso não é ser violento, eu acho que você ser enérgico é a mesma coisa que você estar dando uma certa disciplina, você tá dando uma certa... Uma certa orientação firme daquilo que você precisa fazer. Então eu não acho que isso seja ser violento, eu acho que é você tentar uma condução pra uma coisa que você precisa de um objetivo bom”. (O6)

A autoridade do médico sobre a paciente surge na fala dos entrevistados em vários momentos. A assimetria na relação médico/paciente fica mais clara quando se refere a tomar decisões. O médico é visto pelos profissionais entrevistados sempre como o detentor da última palavra e o questionamento, ou a não obediência, à sua autoridade pela paciente é percebido como desrespeito, ignorância ou agressividade da mesma. Também para as puérperas entrevistadas a decisão sobre o que deve ser feito é do médico, mas suas falas apontam para a importância do diálogo pautado em informações claras e no respeito à paciente como sujeito participante de todo o processo de parto. Portanto, a questão é como e em que bases essa decisão é tomada.

Em contrapartida, surgiu, em vários momentos, na fala dos profissionais, a não valorização do diálogo ou da decisão compartilhada com a paciente, como ilustra o trecho a seguir:

“essas pessoas, elas têm juízo de valor e elas procuram aplicar esses juízos lá dentro daquela prática, entendeu? E quer se impor sobre essas questões. (...) É, por exemplo, elas querem indicar a cesárea, por exemplo”. (O5)

Alguns profissionais, entretanto, criticam a violência subjacente a essa postura:

“não ouvir a própria opção dela de parto. Eu acho que isso é um desrespeito. Eu brigo muito e brigo (...) Tá evoluindo bem, mas ela não tá agüentando, ela não quer, meu. Puta, é duro você ficar nessa insistência de que tem que ser assim. Sabe, pô, a paciente não quer. “Eu sei, mas vai expor a paciente...”, mas se ela sabe os riscos, você tem que fazer, a vida é dela, ela tem que ter essa ciência também.” (O4) [em defesa do que ele chama de “direito de escolha da cesárea” no serviço público]

“Eu acho que é um desrespeito você impor uma opinião pra ela. Até o que eu faço, de impor o parto normal, talvez. Mesmo você sabendo que é melhor, eu acho que naquela hora ela tá tão debilitada que é um susto.” (O3)

Assim, para o exercício da autoridade médica é, por vezes, percebido como necessário aumentar a voz, agir com rigidez e até certo nível de coação e uso da força, como demonstram as falas de dois obstetras:

“(Você falou em coação? Você acha que no contexto da maternidade, do momento do parto, cabe entre... Na relação médico-paciente certo nível de coação?) Depende. (...) eu

*acho que tem um momento onde você... Como é que eu vou explicar uma coisa que tem pouca explicação? É... Eu acho que em alguns momentos, não só no trabalho de parto, mas em como toda... Em toda área médica existem momentos, eu não posso dizer como se fosse uma coação, mas é aonde a sua opinião acaba... Você acaba direcionando, é... Pra um, pra um caminho. (A sua opinião é o que prevalece?). Que, no caso, seria num intuito de uma finalidade, pra você chegar numa finalidade, às vezes, esse tipo de insistência ou esse tipo de coação emocional, ou física, ou sei lá o quê, é voltada para um objetivo. Porque eu não sei se você... Eu tenho receio de deixar “à Deus dará” um trabalho de parto que eu não sei qual vai ser... (...) Do que pode acontecer, né. E isso, a gente responde tanto por omissão, por, é... Por ação como por omissão. Então nós podemos responder legalmente tanto por... Se nós nos omitirmos, eu acho que se eu deixar a paciente fazer o que ela quer fazer eu tô me omitindo, como também eu respondo, posso responder, por uma atitude intempestiva que eu possa fazer. (...) Eu acho que pode chamar coação, eu não sei se o termo é o correto, mas você tá direcionando, você tá afunilando pra um objetivo que você quer, então eu não sei se isso pode ser considerado como uma ação, coação. Pra mim coação é você, mediante a força, você obter uma coisa, então pode ser tanto força física como força, assim, uma coação emocional. Se isso pode ser considerado uma coação, então é uma coação. Eu não sei.”
(O6)*

“O médico é uma autoridade, a enfermeira é uma autoridade, né, o policial, o motorista de ônibus (...) e assim por diante. E a autoridade, ela precisa ter uma postura, ela precisa... Inclusive, se ela não tem uma postura adequada é o caso de destituí-la de tal, né. Então entrar em briga não é uma postura de autoridade. Quando a autoridade acha que é o caso de usar a força, tem que usar a força pra acabar com aquilo e pronto, usar o mínimo possível pra resolver aquela situação, né. Por isso que xingar você tá entrando num bate boca que aí você tá... Realmente você tá abdicando da autoridade, né?” (O1)

Note-se ainda nas falas acima, como colocado por Starr (1991), que a autoridade médica está baseada na legitimidade que lhe confere seu saber e na dependência de que o paciente obedeça ao médico – neste caso, sob o risco de que

ambos, médico e paciente, sofram conseqüências desagradáveis, como ressaltado por O6, uma vez que ele pode responder por omissão ou negligência profissional.

A questão que se coloca aqui, portanto, é a do questionamento da autoridade técnica e da autoridade moral do profissional. Por essa razão, a “boa paciente” é sempre vista como aquela que obedece sem questionar e a paciente difícil é aquela que duvida, questiona e não abre mão de seu julgamento pessoal sobre a situação vivida, ou seja, expressa sua vontade. Essa relação entre autoridade técnica e moral é expressa no seguinte relato:

“Aí a médica abriu; apertou aqui; aí viu que não era normal; aí ela: “mãezinha, calma. Você tem que confiar em mim. Se você não confiar em mim você vai confiar mais em quem?”. Eu falei: “ó, eu quero que você faça alguma coisa porque esse sangue todo não é normal!”. Já estava vindo aqui em cima de mim ó. Aquele sangue vivinho. Era tanto sangue que se eu não falasse nada eu acho que eu ia morrer lá. Aí como ela viu que não estava normal, me deram lá o remédio, aí parou” (P3)

A fala de P3 refere-se ao momento em que ela estava angustiada porque considerava que algo no seu sangramento pós-parto não estava normal e sentia-se desassistida pela equipe que até então não havia valorizado sua queixa. Percebemos no seu relato que a médica a lembra da sua autoridade enquanto profissional e em função disto requisita a sua confiança na conduta a ser tomada. O contexto da situação não favorecia à P3 a formação de um vínculo de confiança com qualquer profissional naquele momento, uma vez que ela questionava a qualidade do atendimento que recebia. Contudo, o “poder” da medicina, representado pela médica, foi invocado pela mesma para o restabelecimento de um vínculo que possibilitasse a resolução do caso.

Outros meandros do exercício desta autoridade serão retomados nas discussões que se seguem sobre o manejo da dor da paciente e a definição de violência institucional para os profissionais entrevistados.

4.3.3 O cuidado da dor

Outro ponto relevante na relação profissional/paciente que surgiu em nossos dados foi quanto ao manejo da dor da paciente. O incômodo dos profissionais com os gritos de dor das pacientes em trabalho de parto apareceu em quase todas as entrevistas, tanto de profissionais quanto de puérperas. Como a maior parte das maternidades mencionadas pelos profissionais não dispõem de anestesista de plantão percebeu-se pelos relatos que a analgesia de parto dificilmente é feita tanto quanto se necessitaria. A fala de uma das enfermeiras explica o porquê da dificuldade de se fazer a analgesia de parto para um maior número de pacientes e quais são os critérios de escolha:

“Só em casos complicados, pacientes muito descompensadas, pacientes sem orientação nenhuma, ou paciente até violenta, que bate, que chuta, aí eu... nesses casos é feito, alguns plantonistas, fazem, tentam fazer de rotina, mas a informação que a gente teve é que assim, os anestesistas, eles, eles não recebem pela analgesia de parto ainda. Eles não gostam de fazer, então é uma luta, equipe, anestesia pra poder fazer uma analgesia. Além do que, a analgesia é uma coisa que você tem que ter um médico do lado, o anestesista do lado e às vezes uma sala é ocupada por 3, 4, 5 horas e a gente tem 2 salas de parto. E uma sem carrinho de anestesia, então se eu ocupo uma sala e tem um procedimento em outra, por exemplo, eu não tenho uma sala para uma emergência, então às vezes quando a gente tem muito movimento a gente não consegue fazer”. (E5)

Ressaltamos que desde 1998, pela portaria 2.815 e posteriormente pela portaria 572 do ano de 2000 que a analgesia de parto foi incluída na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS (Brasil, 2001). Mesmo assim o relato acima aponta para uma persistente dificuldade dos profissionais realizarem o seu trabalho e da instituição fazer cumprir a lei.

Logo, neste difícil contexto de trabalho com falta de recursos humanos e estrutura física, suficientes e adequados, um dos médicos revela seu incômodo diante do pouco que pode fazer para aliviar a dor da paciente na ausência de um anestesista:

“Algumas mulheres não ligam pra dor, mas a maioria liga e freqüentemente elas saem do sério e fazem apelos emocionais, “Ai Doutor, pelo amor de Deus, me tira... Me ajuda, me tira essa dor”. Ajuda, no caso, é tirar a dor, muitas vezes, né. E a gente meio que se finge... Isso é uma coisa que também desgasta, a gente se finge de surdo, na verdade, né”. (O1)

Os profissionais, portanto, sabem que estão realizando um cuidado menos efetivo do que poderiam se tivessem acesso aos recursos básicos que a medicina oferece, como por exemplo, a presença de anestesista disponível ou outras alternativas de manejo da dor. Na ausência de acesso a esses recursos a maioria dos profissionais entrevistados lança mão dos que estão disponíveis como banhos, caminhadas, acompanhantes, massagens ou o uso do “cavalinho” (citado por um entrevistado).

“eu vou te falar que o gritar é uma coisa que incomoda muito. Você imagina que você tem 5 pacientes num pré parto e as 5 resolvem gritar e você sabe que é uma reação em cadeia né, a gente tenta deixar as pacientes o mais calmas possíveis, “você quer que chame alguém? Você quer que chame o acompanhante teu? Você quer ficar lá fora um pouco, com sua família?” a gente tenta até pela... você

imagina 8 horas de trabalho de parto, 8 horas uma mulher gritando ali?” (E5)

Alguns hospitais, como é o caso da maternidade que O5 dirige e na qual T1 trabalha, dispõem de anestesistas de plantão e de um protocolo específico para manejo da dor da paciente. Esta maternidade, em particular, parece dispor de um perfil mais humanizado de assistência.

“Eles fazem assim, a paciente quando tá com muita dor em trabalho de parto, eles tem um coquetel que eles fazem. A gente faz esse BGP (Buscopan, Glicose e Plazil) na veia da paciente, aí dá uma relaxada né, a gente também, eles indicam o banho terapêutico, a gente põe a paciente no chuveiro, elas ficam lá quarenta minutos em baixo do chuveiro que dá uma relaxada, uma aliviada na dor delas também. E quando o neném tá pra nascer, eles indicam uma analgesia (...) é Peridural contínua, que eles passam o cateter né, e de acordo que vai evoluindo o trabalho de parto eles vão injetando o líquido, os anestesistas. Mas aí com a avaliação do ginecologista. (...) sempre eles dão uma anestesia ou é a Raqui ou é a Peridural ou é a local”. (T1)

A dor, por sua vez, é vista pelos profissionais como relacionada a um limiar pessoal de cada indivíduo para suportá-la; associada (por alguns entrevistados) à constituição biológica e a formação cultural, o que explicaria porque algumas pacientes reagem tão diferentemente à dor do parto.

“A percepção da dor, ela é muito individual. Tem paciente que na primeira contração ela já tá querendo subir pela parede, não agüenta e tal. Tem outra paciente, às vezes até por uma questão cultural, né, na zona norte, que é onde fica a maternidade, ou mesmo lá na X tem muita paciente boliviana. Com essas mulheres é um outro estilo, entendeu, de ganhar nenê. (...) a questão é essa, você tem que individualizar situações e estar pronto pra atender cada uma na sua necessidade”. (O5)

“Também, isso é muito cultural de parte da paciente, porque às vezes, no consultório as pacientes reclamam menos. Também, por talvez, por se sentirem um pouco mais, mais seguras (...) Então, eu acho que tem também um pouco a ver com cultura porque as mulheres, a maioria das mulheres, elas são mulheres pobres e elas se sentem muito desamparadas, e culturalmente, eu acho isso, eu acho, não tenho elementos muito documentados pra dizer, mas na cultura dos pobres, as mulheres ricas ganham nenê de cesárea e não tem dor e as pobres são obrigadas a ter dor pra ganhar. Então ter dor, é meio que, né, é como dizer “Quem mandou ser pobre? Vai ter dor”. É um pouco isso, às vezes, sabe? (...) Então a dor, para a paciente pobre no hospital público, é uma coisa que ela não se conforma muito de ter dor, quer dizer, ela tem menos... Eu acho que tem menos tolerância. (...) as pessoas que mais tranquilas e com uma estrutura melhor de vida acabam se queixando menos de dor de parto, né”. (O1)

Neste sentido, surge mais uma vez nos dados a imagem da “escandalosa”, como um dos termos utilizados para se referir à mulher que grita demais, além das seguintes expressões: aquela que “perde a moral”, “espernear”, “rebeldiar”, “enlouquecidas pela dor”, “subir pelas paredes”, querer “se jogar da janela”, “batendo com a cabeça na parede”, fazer “showzinho”, “poliqueixosa”. Note-se na fala de O1 um recorte a mais para o perfil da paciente escandalosa: a que é mais pobre e entende a sua dor como uma discriminação de classe, por isso não se conforma em senti-la.

Lembramos que essa naturalização da dor do parto também surgiu nas entrevistas realizadas com puérperas no sentido de uma aceitação do sofrimento como inerente ao papel de mãe. E não por acaso nenhuma de nossas entrevistadas relatou ter solicitado analgesia ou ter lhe sido oferecida pelos profissionais.

Segundo um obstetra, o grito da paciente também pode ser utilizado como uma forma dela chamar a atenção para si. Por um lado, esta disputa de atenção

coaduna com a importância relatada pelas puérperas entrevistadas de ter um profissional presente e uma assistência individualizada. Contudo, por outro lado, se contrapõe a concepção apresentada por elas de que quanto mais se grita e faz escândalo, mais se sofre.

“Às vezes eu peço pra paciente se acalmar, porque às vezes uma paciente contagia as outras e elas ficam disputando (...) a atenção por grito. E eu sou bem claro, eu falo: “Não adianta gritar porque a atenção é a mesma, independente do berro que você der”. (...) Se ela tá gritando, ela já tá descompensada. Já tá muito descompensada. Você tenta dar um banho, acalma um pouco, mas a coisa fica difícil”. (O7)

Quanto ao papel do profissional de saúde de lidar com a dor do outro e em como suportá-la, Sá (2001), credita a falta de solidariedade de muitos profissionais de saúde com a dor e o sofrimento de seus pacientes, e até mesmo sua capacidade de causá-los, em grande parte à impossibilidade desses profissionais de lidarem com seu próprio sofrimento psíquico, resultante de um processo de trabalho que por si só já se configura como ansiogênico e demanda defesas para lidar com temas complexos e conflituosos como dor, morte, sofrimento e o corpo alheio. Soma-se a isto a crescente segmentação, precarização e descontinuidade do processo de trabalho em saúde no que se refere tanto a recursos materiais como humanos, o que aumenta o sofrimento não só dos pacientes como também dos trabalhadores da área de saúde.

Nesse sentido, a autora se baseia na perspectiva da banalização do mal de Hannah Arendt (1999), aplicada por Dejours (2007) à análise da banalização da injustiça social no âmbito do trabalho, para identificar no campo da saúde uma banalização do sofrimento alheio.

Podemos identificar esta banalização do sofrimento da parturiente, por exemplo, na própria definição da paciente escandalosa como aquela que não agüenta a dor ‘que lhe cabe’. Ou ainda através dos jargões que são utilizados muitas vezes pelos profissionais como brincadeira, no sentido de reprimir os gritos da paciente, com frases do tipo: “está chorando por quê? Na hora de fazer não chorou”. Parece-nos ainda que de acordo com o discurso da maioria dos profissionais entrevistados, fazer a paciente parar de gritar está mais a favor de uma conveniência da instituição e da equipe do que de um efetivo cuidado desta mulher no sentido de um acolhimento da dor e do medo que são o principal motor do grito. Nisto reside a banalização do sofrimento da parturiente. O que sobressai nas falas de muitos profissionais entrevistados é a preocupação com o resultado final do trabalho de parto e certo conforto da equipe, e não com a dor da paciente e a falta de anestesistas de plantão.

Neste sentido, a fala de O5 é bastante ilustrativa não apenas do incômodo gerado pela dor do outro, mas do que esta situação demanda ao profissional – o grito da paciente não é só um grito de dor, é também um pedido de ajuda e demanda do profissional uma conduta em relação a isso:

“Isso, realmente, é muito difícil. E você ouvir alguém gritando, né, e naquela situação, aquilo é muito desconfortável. E, às vezes, gera nas equipes, muitas vezes, assim, uma... Uma certa ansiedade. Todo mundo... Ali é um ambiente extremamente ansiogênico, vamos dizer assim, né, porque como eu falei, a maternidade, você não tem... Não dá pra você ter uma previsibilidade do quê que vai dar certo, né. A possibilidade de alguma coisa fugir do teu controle é muito grande. (...) Aí você soma a isso a sobrecarga de trabalho... (...) Então, eu acho que isso acaba gerando uma situação que pode, de repente, ser o gatilho pra uma reação agressiva. (...) Pode ser que depois até ‘caia a ficha’ e ela vai lá e ajeita as coisas, né. Mas isso é comum acontecer, sim, de alguém estar gritando, tal, e de repente aquilo... A paciente mais

‘legalzinha’, vamos dizer assim, ser atendida primeiro. ”
(O5)

Logo, embora muitos profissionais entrevistados reconheçam a falta de alternativas para aliviar a dor das pacientes, ainda assim o grito delas é de alguma forma reprovado. E, para fazê-las parar de gritar, eles utilizam várias estratégias, seja pela repressão direta, seja através de argumentos, algumas vezes ameaçadores, de que gritar atrapalha as outras pacientes; faz perder a força para o período expulsivo; prolonga o trabalho de parto, aumentando o sofrimento, e que pode prejudicar o bebê de alguma forma, propiciando-lhe, por exemplo, “falta de ar”.

Neste sentido, a opinião a respeito de uma das frases apresentadas aos entrevistados¹⁷ – *Não grita se não eu não venho te atender! Se continuar eu paro agora o que eu estou fazendo!* – revela o quanto essas ameaças são familiares aos profissionais. Oito obstetras disseram já ter ouvido esta frase, inclusive em queixas das pacientes contra outros profissionais. Alguns a interpretaram como uma violência contra a paciente, outros acreditam que, às vezes, ela é necessária quando as pacientes estão muito descontroladas e admitiram já tê-la usado (ou alguma outra frase neste sentido), mas nunca com a intenção de “cumprir a ameaça de abandono” da paciente, que acaba sendo vista como uma contingência do trabalho, banalizando a violência institucional:

“Olha, tanto que se você perguntar pra uma mulher tem uma coisa assim: “Se eu gritar a enfermeira judia de mim”. Todas falam”. (O9)

¹⁷ Tal como foi realizado com as puérperas entrevistadas a seleção das frases foi retirada da literatura científica a respeito e das entrevistas-piloto realizadas para esta pesquisa. A lista de frases se encontra no anexo II. Em ambos os roteiros de entrevista (para profissionais e para puérperas), as frases apresentadas foram parecidas.

*“Ah, isso eu já falei também. (...) Porque eu queria tentar chamar atenção pra ela colaborar no trabalho de parto. Eu jamais ia fazer isso porque eu nunca fiz isso, de largar a paciente sozinha na sala. Isso é uma... É uma forma de **coação**, uma forma de tentar **dissuadir** a gestan... Dissuadir, não, né. Tentar fazer com que a gestante colabore mais. Porque eu já vi colegas largando mesmo, deixando ter nenê na cama, já vi em residência, já vi essas coisas, mas eu não tenho coragem de fazer isso, de largar. Mas eu já usei essa frase como uma forma de tentar **chacoalhar** a pessoa, chamar a pessoa em atenção pra poder focar no objetivo, que é ganhar bebê.” (O6)*

Note-se que de acordo com este entrevistado, a paciente precisa ser “coagida”, “dissuadida”, “chacoalhada” para que ela colabore com o próprio parto. A coação, percebida por ele como uma estratégia para o exercício de sua autoridade, não foi reconhecida como uma violência. Alguns profissionais entrevistados consideraram que em determinados momentos o médico tem o direito de agir com maior rispidez com a paciente (utilizando-se de coação e ameaça) se isso for entendido como uma ação para o bem dela e do bebê.

Ressaltamos, entretanto, que há na ameaça de abandono também uma banalização do sofrimento da paciente. Ainda que não haja a intenção de cumprir com tal ameaça, há nela uma desvalorização do sofrimento do outro. E, conseqüentemente, uma banalização da violência que é exercida sobre esse sofrimento através de ameaças e coações.

Dentre as enfermeiras, E1 relatou já ter ouvido essa frase inclusive fora da maternidade, em atendimento de pronto-socorro para fazer o paciente se calar. O médico teria dito essa frase aos gritos e o paciente de fato parou de gritar. Apenas uma técnica de enfermagem referiu já tê-la ouvido, neste mesmo contexto, e outras

três enfermeiras ressaltaram a necessidade do uso desta frase em alguns casos e que, por isso, é comum de se ouvi-la na hora do parto:

“quando elas gritam elas até agarram, porque é uma forma que elas têm de tentar amenizar a dor, então elas grudam em você. Tem umas que te mordem. É, elas mordem. Então escutar isso a gente escuta direto: “Não grita. Pára de gritar senão eu vou parar de te atender, hein.”. Daí elas param, né, mas elas param até passar a dor e na próxima dor começa tudo de novo”. (E3)

Elas também confirmaram já terem utilizado essa frase como forma de conseguir a “colaboração” (obediência) da paciente:

“Teve uma menina de dezesseis anos. Ela tava em trabalho de parto, nove centímetros, mas o bebê não descia, a semana passada isso, porque ela não fazia força, ela gritava, gritava, gritava que nem uma louca e não fazia força, então o bebê tava aqui em cima, aí foi um fórcipe (...) Daí ela grudava em você e ela te apertava, te apertava, te apertava, porque ela queria alguém do lado dela, né, pra ajudar. (...) Só que ela não colaborou, daí eu falei: “Ó, se você continuar gritando eu vou sair do teu lado e não vou mais te ajudar.”, “Não, então eu faço força, eu não grito mais.”. Então às vezes, é uma forma que você tem, um tratamento de choque que você tem pra que ela se ajude.” (E3)

“Isso é muito interessante. Se uma começa a gritar a outra começa a gritar, se a ou... Se nenhuma grita, nenhuma grita. Então, é reação em cadeia, sabe, o que uma faz a outra faz, aí quatro gritando no teu ouvido não há quem vença, aí você fala mesmo: “Ó, vamo parar a gritaria, hein. Se continuar gritando vai ser complicado a gente cuidar de vocês porque vocês perdem força gritando e o bebê não vai descer. Então vamo lá, vamos parar de gritar e vamos fazer força.”. Aí quando você dá um basta elas param. Então têm horas que você precisa falar com elas, não dá pra você liberar e deixar que elas façam o que elas acham que tem que fazer. Porque é verdade, quando elas estão gritando, elas estão perdendo força”. (E3)

“pra ser muito sincera já usei, não: ‘não venho te atender’, mas: ‘olha não grita por que você tá num quarto com mais pessoas, não adianta gritar’. Mas eu sempre oriento, não vou lá simplesmente falo com a paciente e saio. Mas isso é praticamente todos os dias, a gente ouve. Às vezes, o médico diz ‘se você continuar gritando não vou te examinar’, ‘se você continuar gritando seu neném vai nascer surdo’, a gente ouve assim ‘você vai prejudicar o seu neném’”. (E5)

A afirmação de E5 sobre o que dizem os médicos é confirmada por um obstetra que não trabalha na mesma instituição que ela:

“Ó, uma coisa que eu também já usei no passado. (...) “Não grita muito senão você vai deixar o bebê surdo!” (...) “Ó, depois o neném vai ficar surdo de tanto ouvir a mãe gritar”. Assim, isso é brincadeira também, né. Eu sou uma pessoa muito bem humorada, então eu sempre brinco muito” (O6)

Ressaltamos aqui o uso de um tom de brincadeira para enunciados que de outra forma poderiam ser percebidos como um tratamento grosseiro pelas pacientes e que tem a intenção de persuadi-la a determinado comportamento e/ou informá-la a respeito de uma reprovação sobre sua conduta. Esse tipo de estratégia é frequentemente utilizado pelos profissionais entrevistados e pode ser mais bem observado no que se refere a frases de conteúdo discriminatório quanto à classe e gênero, como veremos a seguir.

4.3.4 Estereótipos de gênero e classe na assistência ao parto

Observamos que a imagem que os profissionais trazem em seus relatos das parturientes assistidas por eles, no serviço público ou privado, é permeada por estereótipos de classe e gênero como a dor do parto ser o preço pelo prazer sexual e um exercício da sexualidade fora de controle nas mulheres pobres.

Desta forma, frases utilizadas como jargões no meio revelam uma cultura institucional de banalização da discriminação social; de repressão da sexualidade feminina e de controle da vida reprodutiva das pacientes. Destacamos três frases que revelaram mais claramente esses estereótipos e podem apontar para julgamentos morais atravessados na conduta profissional. O uso desses jargões, ou de posturas profissionais nesse mesmo sentido, foi considerado pela maioria dos entrevistados, tanto os profissionais quanto as puérperas, como um tratamento grosseiro, desrespeitoso e associado à violência institucional, como veremos adiante.

A primeira e a mais conhecida das frases, apontada até pela literatura científica a respeito¹⁸ (com algumas variações), é: “*Está gritando por quê? Na hora de fazer gostou*” ou “*está chorando porque se na hora de fazer não chorou*”.

Nove dos dez obstetras entrevistados, quatro enfermeiras e três técnicas de enfermagem disseram já ter ouvido esta frase, e algumas de suas variações, ditas diretamente para as pacientes ou entre colegas “nos bastidores”. Uma das enfermeiras confirmou já ter ouvido inclusive em hospital particular diretamente para a paciente. Todos admitiram ser uma fala desrespeitosa para com a paciente por fazer alusão ao exercício de sua sexualidade que é entendido pelos profissionais como algo de fórum íntimo. Frases com este sentido foram definidas como “chulas”, grosseiras, “de baixo calão”. Uma enfermeira (E1) considera que esse tipo de frase é dito mais pelo pessoal da enfermagem do que pelos médicos. Outra (E3), por sua vez, acredita que a frase é dita por todos os profissionais, principalmente entre colegas, longe da paciente, e confirma também já tê-la dito.

¹⁸ Na literatura também internacional encontramos diversas variações desta frase com o mesmo sentido. Na Argentina, por exemplo, diz-se: “*bien que te gustó lo dulce, ahora aguántate el amargo*” (Arenas, 2008).

“Ele fala isso, sabe, e incomoda profundamente a todos que estão em volta. Sabe? Incomoda a gente de ouvir falar. As pessoas vêm ainda hoje, né... Eu conheço esse médico há vinte anos e ainda hoje ele fala isso. E quando as pessoas vêm me falar “Poxa, você viu o quê que ele falou?”. Outro dia ele foi atender a paciente e ele soltou essa frase. Ele ainda fala isso, sabe? É horrível”. (O10)

“um residente que era típico de fazer isso, ele era nordestino lá não sei dá onde, não me lembro da onde, mas ele sempre usava. (e alguma vez alguma paciente respondeu a ele?) uma paciente respondeu. (e falou o que?) “por que? senhor não gosta, doutor? ¹⁹”(e ele falou o que?) ele ficou desconcertado e ficou calado. (E5)

Outra frase, *“Não chora não que ano que vem você está aqui de novo!”*, também foi ouvida por seis obstetras, três enfermeiras e três técnicas de enfermagem e alguns admitiram usá-la, às vezes, em tom de brincadeira. A justificativa para o seu uso é de que ela faz alusão, primeiro ao fato de que na maioria dos casos a mulher esquece a dor do parto e tudo que sofreu depois que o neném nasce e por isso engravida de novo, e segundo, ao fato de que a população atendida nas maternidades onde trabalham é em sua grande maioria de baixa renda e alto índice de natalidade começando em idades bem jovens. Logo, de acordo com esses profissionais, é realmente frequente que vejam essas pacientes com certa regularidade nos anos seguintes.

“como no serviço público a gente sempre se acostumou a ver mulheres que, assim, em termos de planejamento familiar, nada, sabe? Elas são mal orientadas ou elas são orientadas, mas não seguem, então é muito freqüente você ver...” (O10)

“Ah, tá chorando, mas o ano que vem volta”. Até a gente brinca. (...) Porque toda mulher que termina um parto, seja

¹⁹ A questão da resistência das pacientes à violência institucional será retomada no tópico sobre a definição de violência para os entrevistados.

ele normal ou cesárea, imediatamente diz que nunca mais vai voltar” (O4)

Segundo Teixeira e Pereira (2006), esta concepção da fecundidade da mulher pobre como exacerbada e sem controle que remonta ao séc. XIX já fundamentou políticas de controle de natalidade no Brasil e ainda hoje permanece como um viés na prática assistencial de muitos profissionais. O que se expressa em críticas diretas ou não a essas mulheres por terem mais filhos do que podem sustentar.

Entretanto, dados apresentados na PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) de 2004 confirmam queda da fecundidade no Brasil, sobretudo nas classes sociais mais baixas, com menor nível de escolaridade e entre a população negra, tanto na região urbana quanto rural. Ou seja, apesar da coexistência de vários regimes de fecundidade no país e dos diferenciais entre esses regimes, o estudo mostra um declínio sistemático do percentual de mulheres entre 15 e 49 anos com cinco ou mais filhos, ao mesmo tempo em que cresce a proporção de mulheres com fecundidade abaixo do nível de reposição (Berquó e Cavenaghi, 2006).

A terceira frase que destacamos é: “***Na hora de fazer não chamou a mamãe, porque está chamando agora?***”. Três obstetras entrevistados disseram já ter ouvido esta frase. Duas enfermeiras e duas técnicas também confirmaram já tê-la ouvido dita por médicos na hora do parto. Todos os entrevistados a consideraram desrespeitosa, porém, para alguns, também engraçada. Um obstetra admitiu usar uma variação dessa frase em tom de brincadeira e como forma de “conscientizar a paciente de suas novas responsabilidades”:

“Eu brinco às vezes com o paciente, quando eu vou passar visita alguma coisa aí eu vejo: “Que mordomia é essa de estar com a mãe aqui?”. (...) Elas falam assim: “Eu sou de

menor”. Eu falo: “Ah, é de menor”. Aí eu viro pra mãe e pergunto: “Levou você no dia de namorar, junto? Porque agora no trabalho ela te traz aqui, mas na hora do lazer ela não te chamou, né!”. Então isso é uma forma jocosa de lidar com essa ambigüidade, porque a menina adolescente, ela é adulta pra praticar uma, pra, pra... Pra responder pelo seu corpo, mas ela se sente fragilizada na hora de ter responsabilidade com o, com o produto daquela ingerência com o próprio corpo. Então isso, de uma forma, de uma forma indireta ou de uma forma jocosa, eu tento utilizar pra mostrar pra menina que ela precisa ter responsabilidade com ela, que ela não pode delegar pra uma outra pessoa.” (O6)

Em um estudo sobre o uso do humor na comunicação entre profissionais e destes com as parturientes, em maternidades de 5 hospitais de Milão (Itália), Pizzini (1991) aponta para o uso de piadas e jargões humorísticos como forma de abordar determinados tabus sociais, como a relação entre sexo e nascimento. A autora considera ainda que o humor possa ser usado como forma de socialização em um meio de extrema hierarquização profissional e que sirva também para alívio da tensão nos momentos mais críticos do processo de parto. Em seus dados, Pizzini (1991) encontrou exemplos de desqualificação da dor, da autonomia e do saber sobre o próprio corpo das parturientes através do humor, sempre contendo algum elemento agressivo. Nesse sentido, uma questão a ser ressaltada é a banalização desse tipo de violência muitas vezes entendida como uma brincadeira (de mau gosto ou não) tanto por profissionais quanto pelas pacientes.

4.4. O que é violência

4.4.1. Para as puérperas entrevistadas:

Ao investigarmos sobre o que as entrevistadas entendem por “violência” muitas definições se restringiram ao uso da força física principalmente na esfera

doméstica, além da violência moral (xingar, falar abusado) e sexual (estupro ou relação forçada por parceiro íntimo). Ao longo da entrevista após relatarem atos de maus tratos e desrespeito, e questionadas pela primeira vez sobre a violência nos serviços de saúde, as entrevistadas associaram as vivências relatadas com a violência institucional.

Assim, a violência dentro dos serviços de saúde de uma forma geral é identificada a um mau atendimento que inclui: fala grosseira, negligência, abandono, ofensa moral; não ter paciência, gritar, empurrar; não dar informações ao paciente e tratá-lo com indiferença; fazer algum procedimento ou exame sem consentimento, inadequado ou desrespeitosamente; discriminação por condição social ou cor e a violência física.

“Eu acho que o maltrato, tratam você como se você... Você já tá ali numa situação constrangedora, né, e assim, a pessoa falar grosso com você, falar grossa, de repente por ela estar com raiva de alguma coisa, ela vim te aplicar uma injeção e te aplicar de qualquer jeito. Eu acho que isso é uma violência, entendeu, dentro da saúde. Porque se a pessoa tá ali, ela tem que fazer com carinho e amor, independente de qualquer ‘poblema’.” (P12)

“Tipo assim, você faz uma pergunta pro médico e o médico não te responde, ele te responde com ignorância. Ou então, a gente tá lá, eles não perguntam se a gente tem dúvida ou não. Ah é muita coisa, muita coisa eu acho que é um desrespeito com a gente.” (P14)

“É atender mal, gritar com a pessoa, empurrar, passar remédio errado, não estar nem aí, nem com... Como é que vamos se dizer? Nem... Nem consulta você direito pra ver que remédio que pode passar, que já vai já “Tó, toma esse daqui”. Eu acho que isso daí é errado, né. Tem uns que não tem paciência, né, nem vê direito e fala: “O que você tá sentindo?”, aí fala “Eu tô sentindo uma dor aqui”, vai lá e já

pega o remédio, já te dá, não sabe se é isso mesmo, não faz um exame pra saber. Eu acho que isso é errado.” (P6)

As definições dadas pelas entrevistadas do que consideram ser violência, portanto, retratam um contexto em que a paciente não é vista como um sujeito (o médico não a olha, não a escuta) e sim apenas um objeto da ação do outro; é tratada com desigualdade por sua diferença de classe ou cor. Ainda assim essas mulheres refletem sobre o seu lugar e o lugar do profissional de saúde nesta relação e encontram espaço na entrevista para manifestar suas críticas e pensar nas possíveis formas de resistência a uma situação entendida como violenta.

“Acho que eles deveria, sim, tratar as pessoas melhor, porque a pessoa é ser humano igual a eles. A gente tá ali não é por que... Às vezes, que nem eu falei pra você, não é porque a gente quer. Eles têm o serviço deles através da gente. Se não fosse as mulher ganhar nenê não tinha eles trabalhando, não tinha hospital e muito menos o postinho, maternidade e tudo, então eles têm que tratar as pessoa melhor. A gente tá ali porque a gente precisa e eles têm o serviço deles através da gente, entendeu?” (P1).

“Chegar num posto ou num hospital, que seja, você quer ser atendida logo, aí o médico vai lá e te agride em palavras. Pra mim, se me fazer isso comigo, eu também vou xingar” (P13).

A violência decorrente das dificuldades estruturais e econômicas do serviço de saúde também foi reconhecida na fala de uma das entrevistadas:

Chega lá e não tem vaga. “Só tem vaga pra você, não tem pra criança”. Isso é um... A mulher tá sentindo dor, tá na hora de ter o bebê e escuta isso? Entendeu? É um momento único ali. Ou você chega no hospital... Que nem eu escutei. Eu fiquei muito chateada na hora que eu escutei: “Ah, você não vai ficar aqui porque não tem vaga”. Você tá sentindo

dor, tá com contração, e você escuta que você não vai ficar ali? Já imaginei indo na ambulância, já imaginei muitas coisas. Eu falei: “Nossa! Pra onde que eu vou?”. E pra onde que eu ia, se eu queria ganhar ali? Eu acho isso um maltrato. (P17)

No contexto das maternidades o reconhecimento da violência se torna mais difícil, principalmente para aquelas que nunca sofreram nenhum maltrato (ou não o identificaram como). Dentre as 21 puérperas entrevistadas, 4 disseram não acreditar que isso aconteça. Metade das entrevistadas, inclusive P1 que sofreu maus tratos no primeiro parto e presenciou no segundo, acredita que a mulher quando está grávida recebe um tratamento melhor nos serviços de saúde. Uma das justificativas para essa diferenciação é a de que o profissional corre um risco maior de ser processado se ele tratar mal uma gestante. Outra justificativa é o valor da maternidade na identidade feminina e do seu cuidado nos serviços de saúde.

As outras 17 entrevistadas relataram experiências pessoais, ou de outras mulheres, de maus tratos em maternidades públicas. Ao longo da entrevista quando foram pedidas para definir o que consideravam uma violência fizeram a relação com os maus tratos relatados. Para fins de análise sistematizamos os exemplos dados em três tópicos que concentram todas as formas de violência descritas:

- ✚ **Tratamento grosseiro:** tratamento rude, desrespeitoso quanto à privacidade, à vida íntima e sexual da paciente; falas chulas e grosseiras de cunho jocoso quanto ao exercício da sexualidade da paciente, julgamentos moralistas e discriminatórios:

“Olha, tem uns médico que sim, tem uns médico que fala bastante. “Ah, na hora de fazer você gostou, então agora você vai ter que colocar pra fora”. Que nem, vários médico eu já vi falando”. (P1)

“tinha uma mulher lá do preparo, do pré-parto lá, preparando as mulheres, falou na minha cara: “você não acha que está velha demais não, pra estar parindo?”. Falou na minha cara. Falou que eu estava velha pra estar parindo. Eu falei: “não, eu não sou velha. Eu só estou maltratada”; falei pra ela. E ela lá menina, e eu com dor e ela: “se você não calar a boca...” que se eu começasse a gritar que ela ia embora e ia deixar eu lá gritando.” (P3, 32 anos, 2º filho)

É, porque acho que tava assim, meio nervosa, né. Ela falou assim: “Parece que tá no norte. Tá dentro de São Paulo e deixar acontecer isso?”. Mais uma gravidez, né. (...) e ela falou assim: “Em tempo de morrer e deixar um monte de criança” (...) Eu não sei se foi a assistência social ou a mo... Alguém que trabalha lá.(...) eu escutei falar. (P20)

Ressaltamos neste último exemplo a falta de limite ético da profissional ao enunciar um julgamento de valor moral sobre a vida sexual da paciente e o desrespeito e a desvalorização dos seus direitos de liberdade e autonomia no exercício de sua sexualidade. Em uma relação assimétrica de poder, onde P20 se encontra numa posição de maior vulnerabilidade física, emocional e social, sua diferença (ser pobre, nordestina e múltípara) é convertida numa desigualdade que a torna inferior, com juízos de valores que subjazem à fala da profissional (ela é irresponsável por se deixar engravidar tanto; é inconseqüente por correr o risco “desnecessário” de morrer deixando seus filhos órfãos de mãe). Esta mesma concepção, dos profissionais de saúde, da mulher pobre (e nordestina) com uma reprodução irresponsável foi encontrada por Dalsgaard (2006) em seu estudo com mulheres de uma região metropolitana de Recife (PE). A autora ressalta o comentário irônico de uma enfermeira, presenciado por ela, para uma paciente que acabava de

parir: “O seu marido não trabalha, só sabe fazer filhos, não é?” (Dalsgaard, 2006:26).

- ✚ **Ameaça e/ou represália:** ameaças de abandono ou maus tratos quando a paciente grita, se queixa de alguma coisa ou não tem o comportamento esperado pela equipe (como demonstrado anteriormente). Neste sentido, duas entrevistadas disseram ter ouvido de algum profissional diretamente a frase “**não grita se não eu não venho te atender**” e cinco presenciaram ser dito para outra paciente.

“lá na maternidade tinha uma mulher, já era o quarto filho dela. E a mulher lá, dando as contração, a mulher fazendo um escândalo. E eu lá, era o meu primeiro filho, porque diz que se você não gritar, não fazer escândalo, eles não maltrata. Agora, se você faz escândalo eles maltrata (...) Até a enfermeira lá falou assim, a estagiária falou: “Olha, isso mesmo. Continua assim porque geralmente eles judia um pouco quando a mulher dá trabalho”. E eu tinha esse medo de eles deixar igual à mulher lá, a mulher fazendo um escândalo: “Ai, eu quero meu marido. Aí tá doendo. Ai, me dê um remédio” (...) Ah, eles deixaram ela de canto lá, reclamando sozinha. Aí elas falava assim: “Olha o exemplo, hein. A moça aí novinha morrendo de contração e não tá dando um piu e você aí, já no quarto filho e gritando desse jeito? Calma!”. Aí o médico falou assim: “Só por isso você vai ficar aqui agüentando” (...) E ela lá: “Ai, ai, tá doendo”. E ele: “Pára muié, é o quarto já. Se acalma. É normal e não sei o quê”. E eu lá com as contração, eu não dava um piu, eu me mordida, eu puxava minha mão, eu puxava... Dobrava o colchão, aí menina, mas eu não gritava, não fazia nada. Agüentava a dor ali, e a mulher lá gritando. E toda hora eles ia lá antes de eu ir me internar e perguntava se tava doendo, e a mulher do meu lado lá gritando: “Ai, pelo amor de Deus! E eu?”. “Se acalma que depois é você”. (P10).

“aí eu cheguei sentindo mal, sentindo mal, e “Moça, por favor, eu quero que me atende logo. Eu não to agüentando,

eu vou desmaiar aqui, tá dando tontura”, e lá naquele corredor lá, “Tenha paciência, se não tiver eu não vou atender” (P18)

Alguns relatos trazem exemplos do quanto a ameaça é utilizada através da “cara que mete medo” ou “cara feia” como forma de subjugar as pacientes. A dominação dos profissionais sobre as pacientes através do medo (medo de não ser cuidada, de sofrer represália ou de que o seu bebê não seja bem cuidado ou sofra alguma coisa) vai para o plano da ação violenta porque subjuga, coage; rompe a interação e precisa recorrer à sanção para manter o poder. A autoridade profissional, que, em decorrência do ofício, se estende do médico para os demais profissionais de saúde, é corroída pela violência. Onde há violência, não há autoridade.

“eu só não gostava das enfermeira. Porque quando era na hora de trocar a neném a médica falava assim pra mim que não podia deixar a neném com ninguém, ou senão não podia deixar em cima da cama (...) Teve um dia que eu apertei a campainha pra pedir algodão pra lim... Porque a neném tinha feito cocô, aí conforme eu apertei a médica virou e aí falou assim: “O quê que você quer?”. Aí eu falei assim: “Não tem algodão”. Aí ela virou... Aí a enfermeira tava lá pro lado de fora e falou: “O quê que ela quer?” (...) “Quer algodão”. Aí a médica: “Ai, nem pra vim aqui fora pedir. Você não custava ir lá fora pra pegar?”. Aí depois a menina pegou, saiu, eu escuto ela virando e falando assim: “É, tô vendo que a minha cara não tá fazendo mais medo”. Uma enfermeira. Me tratava muito mal ela... uma enfermeira” (P2)

“imaginava que ia ser a mesma coisa quando eu tive a menina que me trataram bem e tudo, entendeu? Mas como é mãe de segunda viagem... pronto. Eles não estão nem aí. Tem umas bicha lá tão ignorante, menina. A gente vai falar elas olham pra gente com uma cara feia, sabe?” (P3)

- ✚ **Negligência no atendimento:** entendida aqui como abandono, falha na assistência da paciente e do seu bebê, falta de atenção às necessidades básicas da paciente.

“eu não conseguia levantar e eles não me ajudava, não tinha ninguém, passava mais de meia hora pra aparecer o médico no quarto que a gente tava, e não tinha ninguém no quarto, só ficava eu sozinha e eu não conseguia levantar. (...) Ah, maltratavam. Falava assim ‘Ah, você é mãe, você tem que se virar, você tem que pegar o bebê, você tem que cuidar. A parte que você precisava a gente já fez’. E eu acho que não é assim, entendeu?” (P1 – parto anterior)

A queixa desta entrevistada aponta para o quanto a falta de uma atenção mais individualizada na assistência à saúde coloca o outro no lugar de mero objeto de intervenção. As necessidades da paciente não são ouvidas, pelo contrário, são antes determinadas pelos profissionais: “A parte que você precisava a gente já fez”. O cuidado, tal como definido por Ayres (2004), fala a favor de uma integralidade na assistência – o sujeito é visto como um todo e não por “partes”. Logo, a ausência desta integralidade pode abrir espaço para condutas violentas, no sentido da anulação ou impedimento da fala e ação do outro transformado em objeto (Chauí, 1985).

Neste item agrupamos também os relatos de desrespeito ao direito de ter um acompanhante. A justificativa, quando dada, era sempre por falta de estrutura adequada para acomodar com privacidade todos os acompanhantes das pacientes. Consideramos que esta violação de um direito aponta para uma negligência na atenção à paciente quanto às suas necessidades de acolhimento familiar nesse momento, deixando mais aguda a violência institucional, como a naturalização da dor do parto e a banalização do sofrimento da parturiente apontada pela fala de P11:

“Eu fui na ambulância e minha mãe foi comigo. Só que lá não podia ficar ninguém, minha mãe ficou pro lado de fora e aí eu subi, é tipo uma casa, um prédio, aí eu subi e minha mãe ficou lá fora. Aí o guarda falou assim pra minha mãe: “Ou você vai embora ou você vai dormir aqui na rua, aqui não pode ficar”, aí minha mãe foi embora e eu fiquei lá. (...) fiquei numa sala eu e mais uma moça, só que tipo assim, praticamente abandonada, né. E não tinha enfermeira, tinha uma enfermeira só, ela sumia, depois voltava e uma médica. E numa salinha, era pequenininha, eu de um lado e ela do outro. Aí a médica vinha, fazia o toque, né, mandava eu fazer força, eu fazia, e parece que ela tava... Enfiava a mão toda, a mão, o braço todo na gente, né, no toque. Aí ela: “Faz força”, aí eu fazia força, [e a médica dizia] “Ah, sabia que estava vindo sofrer”(P11)

A presença de um acompanhante ajuda a tranquilizar a paciente favorecendo um ambiente mais acolhedor e como apontam diversos estudos (Diniz, 2004; Brasil, 2001), tem sido associada à redução da demanda por analgesias, diminuição nas intervenções cirúrgicas, menor risco de Apgar abaixo de sete nos primeiros cinco minutos, maior satisfação das mulheres com sua experiência de parto, menor risco de dano perineal, de desmame precoce e de dificuldades nos cuidados com o bebê no pós-parto. Além disso, a presença do acompanhante serviria também para coibir a violência institucional, conforme a concepção de alguns profissionais entrevistados.

Para as que tiveram filhos mais jovens a importância da presença de um acompanhante, de preferência a mãe, é ainda mais acentuada em função do próprio medo do que ainda desconhecem. Um medo que só acentua todos os outros, tão frequentemente presentes no momento do parto. O exemplo abaixo mostra a negligência no atendimento através do não acolhimento à dor da paciente e a falta de compreensão de suas angústias e seus medos:

“porque eu não sabia como que era a dor. Pra mim, então, era muita dor, era muita dor (...) e eu não tinha ninguém perto de mim, não tinha minha mãe, não tinha ninguém, então pra mim foi horrível (...) Por eu ser... ter dezessete anos, então eu era muito nova, então eu fiz muito escândalo. Fiz mesmo. Gritava, chutava. Todo mundo quando chegava, eu saía chutando. E então eles perderam a paciência comigo (...) Não sabia como é que era. Eu fiz muito escândalo. (...) Deixaram eu largada e jogada. Falavam que na hora de fazer ninguém... Eu não tava gritando, né, e agora tá gritando porquê? Falava assim: “Ah, agora tá gritando porque? Na hora que tava fazendo tava bom, né, e não tava gritando, porque agora tá gritando?”. Aí que eu gritava mais ainda, aí que eu chorava. (...) Eu me senti maltratada lá. Por isso, porque por eu ser nova e não saber das coisas tinham que ter mais paciência comigo, né, e explicar. Mas não, era tudo grosso mesmo.” (P13 – parto anterior)

As estratégias de resistência à violência institucional

Uma questão que consideramos importante ressaltar se refere às resistências das pacientes às formas de opressão vivenciadas, revelando as possibilidades que encontram de resistência ao duplo poder a que estão submetidas: como mulheres (à dominação masculina) e como pacientes (à dominação da medicina sobre seus corpos). Percebemos nos relatos tanto das próprias puérperas entrevistadas quanto de alguns profissionais exemplos de resistência e de acomodação, como uma forma de resistência, tal como conceituado por Anyon (1990).

“um residente que era típico de fazer isso, ele era nordestino lá não sei dá onde, não me lembro da onde, mas ele sempre usava. (e alguma vez alguma paciente respondeu a ele?) uma paciente respondeu. (e falou o que?) “por que? senhor não gosta, doutor?”(e ele falou o que?) ele ficou desconcertado e ficou calado. (E5)

“Ah falou isso aí. Aí eu falei: “ah, na hora de fazer é muito bom, não dói nada!” (P3)

“os médico falava, né, ‘Pra que fazer escândalo? Pra quê isso?’, aí elas dizia: ‘Porque dói’, as mulherada (...) Então, as mulher lá fala que não é todos (partos) que é igual, né. Uns dói mais, outros não dói. É assim.” (P19)

“Aqui há quinze, dezessete, dezoito anos atrás era pior e eu via coisa muito pior. Hoje elas reclamam: “Não me trate assim”. (...) Consegue se defender. Ou então um acompanhante, um outro médico [as defendem]”. (O9)

Diversas formas de resistência são apontadas também pela literatura científica. Martin (2006) em um estudo realizado com mulheres norte-americanas encontrou relatos de pacientes que eram ensinadas a “gritar para dentro” durante o trabalho de parto, nos cursos de preparação para o parto aos quais eram obrigadas a participar pela maternidade onde teriam seus filhos. Para muitas dessas mulheres, gritar “para fora” na hora do parto era uma forma de resistir a esse controle externo sobre seus corpos.

Neste sentido, Hotimsky (2002) também destaca que podem ser utilizadas como estratégias individuais pelas pacientes para se protegerem da violência institucional a que são submetidas tanto a adequação a padrões de comportamento que agradem aos profissionais (inclusive lançando mão do silêncio com muita frequência), quanto um enfrentamento mais direto da autoridade dos profissionais, e neste caso, expondo-se mais a represálias.

Nos dados obtidos com as entrevistas das puérperas também consideramos como estratégias de defesa o silêncio contido nas justificativas do porquê não gritaram, mesmo quando tiveram vontade, e no embate das respostas de algumas entrevistadas aos profissionais, quando elas se sentiam ameaçadas ou humilhadas de alguma forma. Este foi o caso, por exemplo, de P3 que, diante da colocação da auxiliar de enfermagem de que ela estava muito velha para parir, respondeu

prontamente que não estava velha, apenas “maltratada”. Logo, apesar da violência, há um espaço para a resistência tanto das pacientes, mais vulneráveis, quanto de alguns profissionais que também resistem a pactuar com a violência institucional de seus colegas, buscando formas de se aliar às pacientes quando presenciam algum desrespeito.

De acordo com os relatos dos profissionais, em geral, quem presencia tenta acolher a paciente e amenizar a situação no momento em que ocorre ou depois que o colega sai. No caso das enfermeiras, por exemplo, quando presenciam algum mau trato cometido por médico, apesar da indignação pessoal, elas esperam que ele saia e tentam consolar a paciente. Contudo, quando quem comete o desrespeito é uma auxiliar ou técnica de enfermagem, elas intervêm imediatamente a favor da paciente e chamam a atenção da auxiliar depois. Uma das enfermeiras, E5, que trabalha junto com residentes também lhes chama a atenção, longe da paciente, quando presencia alguma conduta desrespeitosa. Já alguns obstetras entrevistados, quando presenciam o desrespeito cometido por algum profissional de enfermagem, imediatamente se voltam para o acolhimento da paciente; quando é por parte de algum residente, chamam a atenção fora da sala e quando é por parte de algum colega saem de perto e acolhem a paciente depois. Logo, a intervenção junto à paciente no sentido do seu acolhimento fica sujeita ao exercício das hierarquias profissionais dentro da instituição.

Rego (2003) ressalta que essa conduta de não reprimir o colega profissional em público é ensinada muito cedo na formação acadêmica e no passado já esteve no Código de Ética Profissional como uma norma. Embora o atual Código, de 1988, diga ser vedado ao médico acobertar erro ou conduta antiética de outro colega, na

prática vemos que em algum nível isso ainda acontece com frequência o que demonstra a dificuldade de se modificar conceitos arraigados historicamente.

A violência também é utilizada algumas vezes pelas pacientes como estratégia de resistência. Tal como foi apontado pelos profissionais entrevistados, muitas pacientes chegam à maternidade com uma postura defensiva; pouco disponíveis para o diálogo; esperando serem agredidas e acabam reagindo da mesma forma para se defender. Entretanto, essa estratégia individualizada de defesa não lhes restitui qualquer poder na relação com o profissional, que se mantém cada vez mais assimétrica. A paciente continua sendo o pólo mais vulnerável à violência, ainda que ela se utilize da mesma como forma de defesa, porque o ciclo de violência não se interrompe.

4.4.2 Para os profissionais entrevistados

A definição do que é considerada uma violência institucional têm limites pouco claros para todos os profissionais entrevistados. O termo “violência” é mais comumente associado à violência física na população em geral e na área da saúde a violência contra a mulher é frequentemente referida apenas à violência sexual e doméstica. Dos 18 entrevistados, 15 tiveram de alguma forma contato com o tema da violência contra a mulher em sua formação profissional ou no local de trabalho (atual ou anterior) que serve de referência para estes casos.

Assim, os dados revelaram que não apenas conceitualmente, mas também na prática, para a maioria dos entrevistados, em alguns momentos, as concepções de desrespeito e maus tratos se misturam com a de violência institucional e, em outros momentos não, pelos mesmos profissionais. A diferença de um momento para o

outro parece depender do contexto da situação, da intenção do profissional que comete o ato e de “como” ele o faz. Dessa forma, gritar com a paciente pode ser um desrespeito, um tratamento grosseiro, mas se ela está “descontrolada” e precisa ser “chamada à razão”, não é uma violência, para alguns entrevistados.

Há na definição desses atos, pelos profissionais, também a influência de certo corporativismo, ou seja, ameaçar sair e deixar a paciente só pode ser ou não uma violência dependendo de quem fala e como fala. Para os médicos quando isso é dito pela enfermagem sempre é visto como uma violência. Por outro lado, para uma enfermeira, E2, são os médicos que gritam mais com as pacientes, não orientam, não ouvem o que a paciente tem para dizer e não fazem o exame físico corretamente. Entretanto, vimos com os relatos que tanto a equipe médica quanto a equipe de enfermagem cometem os mesmos maus tratos e desrespeitos com a paciente.

Por outro lado, uma vez que a “violência” foi considerada por muitos entrevistados sempre como algo de maior gravidade, alguns não perceberam os desrespeitos contra as pacientes, na maternidade onde trabalham, como uma violência institucional. Vemos aqui, portanto, que tomar a violência como algo de maior gravidade, o que, em contrapartida, faz com que os desrespeitos contra as pacientes pareçam ser menos graves, possibilita que sejam mais bem aceitos e também faz parte do processo de banalização da violência institucional.

A discussão com um obstetra entrevistado sobre a definição de violência institucional ilustra um pouco mais a complexidade do tema para os entrevistados. Segundo O4, o tratamento grosseiro em si, e por si só, não seria uma violência, dependendo de quem o comete. A violência seria um ato com intenção de “maldade”, o que não seria o caso de profissionais “grosseiros por natureza ou falta de educação”,

que agem assim porque não tiveram “berço”. Também os alunos e residentes seriam isentos de responsabilidade sobre seus atos desrespeitosos porque são profissionais ainda em formação e, portanto, comparados a crianças que não tem plena consciência de seus atos, não tem intencionalidade de maldade na ação; agem assim por despreparo e precisam ser “educados” por seus tutores:

“Acho que a violência é quando você tem a maldade, eu acho que você vê a maldade. (...) eu só julgaria uma violência quando eu sei que ele está fazendo isso sabidamente ou quando eu acho que é por que o cara é grosso mesmo (...) Ele é mal educado. Eu não vou chamar isso de violência, eu vou chamar de má educação. Ele é mal educado, ele é mal preparado, ele é mal formado.” (O4)

É uma ignorância do cara, acho que aí é uma ignorância. (...) É igual à atitude de uma criança, a criança que dá um tapa... Ele fez uma coisa errada, mas não foi pensado, ele fez um ato impensado. Eu vejo que isso se vivencia muito, esse erro de maturidade e de postura. Daí você tá lá, e minha função é essa, a de ensinar o aluno que não sabe lidar com o paciente, ele começa a entrar no stress do paciente. (O4)

Em seu estudo, Rego (2003) aponta a responsabilidade dos professores no aprendizado dos alunos sobre condutas respeitadas e éticas para com os pacientes. Não apenas o ensino teórico da deontologia, mas também o que se aprende com o exemplo de conduta dado pelos professores é de fundamental importância para a formação ética profissional. Cabe de fato ao professor a correção do aluno no exercício de sua responsabilidade moral para com o paciente. Entretanto, como salienta O4, uma vez completa a formação profissional, não há desculpa para uma conduta não ética e violenta com a paciente.

“Agora, de um colega, já, né, com ‘os título’ na mão, acho que ele pesou. Aí é uma violência.(...) Pô, esse cara tá no lugar errado, na hora errada, esse cara sabe, ele sabe que tá causando um mal. Aí eu acho que é um caso de violência. (...) E o do meu residente, eu acho que é um ato de ignorância. O mesmo ato, eu acho que pode ser visto de dois pontos de vista. Acho que depende de quem realiza. O do aluno, pra mim, é como eu te falei, é ignorante, é ignorância dele, é despreparo ainda. O do profissional graduado, já formado e coisa, nessa área, putz, esse é violento.” (O4)

Percebemos tanto na fala de O4 quanto de outros profissionais que a intenção parece ser o que os norteia sobre o que seja ou não uma violência institucional. Se a intenção do profissional é “boa” e está voltada para ajudar à paciente, então determinadas condutas mais hostis, agressivas, ameaçadoras e desrespeitosas quanto ao direito de autonomia da paciente, não soam como uma violência, mas como medidas necessárias. Ou seja, “o fim justifica os meios”. Neste sentido, O4 também aponta a percepção do outro como mais um limite do que pode ou não ser considerado uma violência: se a paciente não percebe determinado ato como violência, não é uma violência.

“Porque isso é uma coisa de questão de ponto de vista, né, da... (...) aí ela julgou como violência, aí você tem que julgar como violência. É aquilo que eu te falei, depende de como você sente”. (O4)

Outros profissionais também fazem considerações semelhantes quanto à definição de violência depender de quem a sofre se sentir violado. Se a pessoa não tem consciência de que está sofrendo uma violência, ou se ela não denomina como tal, o ato em si, não seria, de acordo com estes entrevistados, uma violência. A concepção destes profissionais sobre a violência está de acordo com alguns autores

sobre o tema (Costa, 2003; Lévy, 2001). De acordo com esses autores a violência dependeria da intencionalidade de quem a comete e do reconhecimento de quem a sofre para que seja interpretada como tal. Segundo Costa,

É porque o 'sujeito violentado'²⁰ (ou o observador externo à situação) percebe no 'sujeito violentador o desejo de destruição' (desejo de morte, desejo de fazer sofrer) que 'a ação agressiva ganha o significado de ação violenta'. (2003:39)

Entretanto, não estamos de acordo com essa concepção. A reflexão que O4 faz sobre a definição de violência institucional durante a entrevista não leva em consideração a banalização do sofrimento alheio e os maus tratos e desrespeitos que são cometidos com a justificativa de que é para o bem da paciente, como apontam algumas falas de O6 citadas anteriormente. Sob nossa perspectiva, quando o profissional grita, ameaça ou coage a paciente, ele vai para o plano da violência porque desconsidera a autonomia, a subjetividade e a liberdade do outro na relação. As tentativas de alguns profissionais de explicar essas ações no cotidiano da prática apontam a necessidade deles de justificar essas ações como toleráveis, transformando atos de objetificação e desqualificação do outro em práticas necessárias para um bom cuidado – banalização da violência. O que se perde aqui é a visão do outro como um sujeito na relação. E nesse caso, a boa prática ficaria restrita a intervenção sobre o corpo do outro.

Contudo, apesar das dificuldades dos profissionais de definirem os limites da violência institucional, dentre os entrevistados oito obstetras, três enfermeiras e duas técnicas afirmaram já ter presenciado, em algum momento da carreira profissional,

²⁰ Grifos do autor

desrespeitos e maus tratos contra as pacientes, citando exemplos. Outros dois obstetras foram evasivos em suas respostas, deixando claro o desejo de não se comprometerem, embora um deles, O5, considere que a hostilidade com a paciente, às vezes, começa já na porta de entrada da maternidade, com os atendentes. Doze profissionais “suspeitam” de violência institucional em seus locais de trabalho – em todos os casos violência verbal e psicológica através de tratamento grosseiro e/ou desrespeitoso quanto à sexualidade da paciente. Quatro profissionais disseram não acreditar na ocorrência de violência nas instituições onde trabalham e um não soube dizer com segurança. Vale ressaltar que dentre os que responderam “não” para a pergunta sobre suspeita de violência, dois, em momentos distintos da entrevista, citaram exemplos de tratamento grosseiro presenciado por eles. Todos os maus tratos relatados foram cometidos por profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem).

Desta forma, os exemplos de desrespeito e maus tratos com as pacientes foram apontados e agrupados nas seguintes categorias:

- ✚ **Tratamento grosseiro:** frases chulas com referência a vida sexual da paciente; imposição de valores ou qualquer tipo de julgamento moral, preconceito e discriminação; invasão de privacidade; quebra de sigilo profissional; atender de má vontade.

“usar palavras que não condizem com o atendimento médico (...) frases assim: “Na hora de fazer tava bom e agora fica dando trabalho” (...) já ouvi isso de boca de atendente, já ouvi isso de médico, de virar pra gestante e falar: “É, na hora do bem bom você não reclamou, agora você tá reclamando, enchendo o saco”. Como: “Cala a boca”, “Vou

te deixar aqui sozinha”(...) Não é que seja uma coisa corriqueira, mas é uma coisa que é comum de ouvir.” (O6)

É ser relapso na forma de falar pra paciente o que ela tem. Tipo assim, “Olha, a senhora... Como que a senhora pode ter sete filhos? Tá louca? Não dá pra criar nem dois, quem dirá sete! Essa barriga deve estar uma porcaria. A senhora não pode ter mais filho.”, sabe? Esse tipo de coisa. (E3)

“Olha tem um plantonista que trabalha com a gente há muito tempo, ele é muito antigo no serviço, que ele desrespeita muito as pacientes. (em que sentido?) na hora do trabalho de parto “ah, pensa no marido, pensa naquele gostoso do teu marido” e não sei o que sabe? E fica usando a paciente, fazendo piadinha e a gente como equipe se sente muito mal. Ele brinca de forma pervertida. (...) o som, é uma coisa meio nojenta pra gente. (...) nossa mãe, se fosse eu como paciente, é que as pacientes são muito pacíficas, acho que até pelo nível sócio econômico elas se colocam numa relação de inferioridade ao médico e elas são muito pacíficas. Se fosse comigo eu juro que eu metia a mão na cara dele” (E5).

“Eu vou contar um caso pra você. “Olha minha filha, você tá muito gorda, viu!”. Você acha que isso é desrespeitoso? Muito, né. Então. Ou então na hora que tá doendo, assim, na hora de nascer uma auxiliar fala assim: “Pra fazer não doeu”. Você acha que é desrespeitoso? Você acha que isso é uma lenda? É uma rotina.” (O9)

“falar palavras de baixo calão com a paciente, de tem gente que diz “ah, na hora de ter relação sexual agüentou e agora não agüenta...” não, eu acho isso o fim do mundo! Pior falta de respeito é ela não se sentir acolhida.” (O8)

*Ou então aquelas frases famosas, né (...) “Quando você fez o nenê você não fez todo esse escândalo, agora pra parir, agüenta!”, e não sei o quê. Essas coisas que são, realmente... A violência verbal é algo... E então, assim, eu vejo que isso é uma coisa de **cultura médica**, e que às vezes não é só o médico, o próprio enfermeiro às vezes fala esse tipo de coisa.” (O2)*

- ✚ **A objetificação do outro:** não respeitar a paciente como um sujeito; não fazer contato visual; desqualificar ou ignorar suas queixas; infantilizar a paciente através de diminutivos como “mãezinha”, filhinha” e usá-la como objeto de estudo realizando, por exemplo, um número desnecessário de exames de toque.

“Primeiro, chamar com um diminutivo, né. Mariazinha como um diminutivo. Ou Mãezinha. Você tá botando a mulher... Já é uma relação desfavorável, a relação instituição e usuário, muito desfavorável pro usuário. O usuário tá num lugar estranho, com pessoas estranhas, são procedimentos estranhos a ele, geralmente, e, além disso, minimizar o valor dele, né. É... Então, é... Eu acho que isso realmente é... As pessoas não percebem que fazem essa violência.” (O2)

“desrespeito com a paciente é ficar usando a paciente como objeto de estudo, vai um toca, vai outro toca atrás, “ah, não ta assim, ta assado” então eu acho que isso poderia ser mudado”. (E5)


Em seu estudo, Dalsgaard (2006) observou que uma das formas mais frequentes de violência institucional era falar, muitas vezes de maneira pejorativa e discriminatória, da paciente na presença da mesma como se ela não estivesse ali, revelando uma total anulação do outro (paciente) como sujeito para aquele profissional.

- ✚ **Negligência no atendimento:** negligência, erro técnico, não esperar uma contração uterina passar pra fazer o exame de toque; deixar de dar alguma orientação; não explicar/informar a paciente sobre os procedimentos que são feitos ou omitir informações importantes;

“E verbalmente que eu já vi, sim, já vi funcionários fazer e tudo. Por exemplo, encaminhar a mãe pra um banho gelado, né, acomodar ela na cama e deixar, largar, não orientar na amamentação, não... Colocar a paciente e não cobrir, não dar uma camisola.” (E2)

“O médico entrou aqui no pré-parto às dez da noite e falou: “Bom pessoal, vamos fazer uma limpeza aqui” (acelerar o parto ou a cesárea das pacientes), e aí a mulher achou que ela tinha a área suja, a área genital dela era suja e, por isso, precisou ser cesárea. Então isso é uma violência” (O2)

Ressaltamos no relato de O2, dois exemplos de violência: o erro técnico que é adotar condutas e procedimentos sem indicação clínica, apenas para não deixar trabalho para a madrugada, e a ruptura da comunicação com a paciente que não foi informada sobre as razões para os procedimentos que seriam realizados com ela, o que a conduziu a um entendimento errado da situação e a um possível sentimento de menos valia por “ter sua área suja”.

 **Ameaça ou Represália:** imposição de opinião ou conduta à paciente, entendendo-se aqui as situações em que não há espaço para o diálogo, apenas a submissão, coação da paciente com ameaças de algum tipo de sanção para ela ou para o bebê caso ela não obedeça ao profissional;

“E a violência verbal, que isso você já deve ter ouvido falar muito (...) “Puxa, você está assim agora, com essa dor, imagina quando você estiver mais adiantada”, né. A mulher já vai ficar apavorada que a dor vai ser cada vez maior, né. (...) Um terrorismo básico”. (O2)

“Deixa ela por último, já vi. É, já vi...” (O9)

“A paciente não querer ser examinada e você querer examinar a paciente. (...) eu acho que isso é pior, a gente tenta fazer ela entender que é importante ela ser examinada, principalmente exame de toque, que exame de toque é uma coisa muito íntima, mas você tem que examinar, como você vai saber que o bebê tá nascendo ou não está? Isso é a pior coisa, principalmente paciente violentada, ela tem um certo receio, eu acho que não deve insistir, o corpo é dela, a mulher sabe a hora que o neném vai nascer, então você tem que dar um momento para ela, eu acho que isso é importante você estar respeitando, por mais que seja necessário.” (E4)

Ressaltamos na fala de E4 a reflexão sobre a importância de se respeitar a decisão da paciente quanto a determinados procedimentos, sempre que isso for possível, o que aponta para uma possibilidade de diálogo e respeito com a mesma.

No que se refere à represália cometida contra pacientes pelos profissionais de saúde, Rego ressalta que, embora frequentemente negado em público pelos médicos, existe a possibilidade do uso do conhecimento profissional para a prática do que ele chama de *pequenas “torturas”* ou *“pequenas”²¹ grandes maldades* (2003:153). Essas práticas geralmente associadas a uma intenção vingativa e dirigidas a pacientes discriminados por alguma razão envolvem a administração de medicações desnecessárias, sem conhecimento e autorização do paciente que lhe causem algum sofrimento; deixar o paciente esperando propositalmente e sem necessidade; não dar anestesia para alguns procedimentos cirúrgicos; dentre outros. O autor associa essas práticas a problemas psiquiátricos de desvios de comportamento de seus praticantes ou ao preconceito social, uma vez que, geralmente são dirigidas a usuários do serviço público. Acreditamos que as razões para esses atos violentos vão além destas, visto que os relatos de nossos entrevistados apontam não só para a banalização da

²¹ Grifos do autor.

violência, como para represálias contra pacientes cometidas também na assistência privada.

Conseqüências da violência institucional

Algumas possíveis conseqüências diretas e indiretas da violência institucional foram apontadas pelos profissionais, quando questionados a esse respeito. Uma das mais apontadas se refere ao âmbito da relação profissional/paciente. De acordo com alguns entrevistados, maus tratos e desrespeitos podem ter uma interferência direta na relação da paciente com a equipe que a está assistindo e na dinâmica propriamente dita do parto. A paciente pode se tornar menos colaborativa, mais introspectiva, ou mais defensiva com a equipe. Além disso, segundo os entrevistados, uma experiência negativa como esta pode resultar no próprio afastamento da paciente dos serviços de saúde ou, como já ressaltado, em uma postura mais defensiva ou agressiva quando for assistida novamente, no parto seguinte, por exemplo.

“Afeta a relação dela com a equipe. (...) E eu acho que impacta no sentido de que ela fica meio traumatizada, que ela vai falar lá na frente, se ela engravidar de novo, “Ah, mas quando eu tive meu filho naquela maternidade, daquela vez, aconteceu isso, isso e isso”. Isso é muito freqüente de acontecer. (...) Ela já volta com aquele trauma, sabe? (...) “Ai, porque daquela vez, naquela maternidade, aquele médico fez isso, a enfermagem me tratou assim, meu parto foi assim, doeu, aconteceu isso, tal, tal, tal”. Então ela já vem, ela já traz aquilo pra caso ela tenha gestações subseqüentes, entendeu?” (O10)

“Olha, durante o trabalho de parto a violência, essa violência do sistema de saúde que pode ocorrer, eu acho que pode interferir na, na dinâmica do trabalho de parto, pode interferir na percepção do momento do parto, pode dificultar

o contato da mãe com o bebê, pode... Ah, a possibilidade é tão ampla, né.” (O6)

“Eu acho que todos os dias a gente escuta e vê violência verbal, né. Porque às vezes elas saem e elas não voltam mais, você nunca mais vê a cara daquela paciente no hospital porque ela se sentiu ofendida, e às vezes ela não tem boca pra... Pra discutir. A melhor forma, pra ela, é ela nunca mais voltar no consultório e ela desaparece. Aí, quando ela desaparece a assistente social vai atrás pra saber o que foi que aconteceu, e aí ela fala que ela não volta porque o médico foi estúpido com ela, porque o médico foi agressivo com ela, que o médico falou coisas que ela nunca pensou que ela ia ouvir de um médico, entendeu?” (E3)

“No próprio trabalho de parto. (...) Eu acho que pela não colaboração. Se ela foi realmente agredida eu acho que ela vai ser pouco colaborativa e, talvez, agressiva, né. Mas aí tá até com... Não é do nada, né, há uma história por trás.” (O7)

“Por exemplo, se ela tiver um atendimento traumático ela vai levar isso pra sempre, né? Você é um conjunto das suas experiências boas e ruins.” (O9)

Ressaltamos que mesmo alguns profissionais reconhecendo que a violência institucional (anterior ou no momento presente da assistência) possa ser uma das causas para a “não colaboração da paciente”, muitos destes ao refletirem sobre suas dificuldades na relação profissional/paciente consideraram necessário um “falar mais ríspido” quando esta não colabora. Consideramos que tal contradição se dê porque os profissionais entrevistados, em sua grande maioria, não consideram que seus atos de coação ou rispidez com a paciente sejam uma violência. A banalização destas condutas vistas como necessárias e para o bem da paciente invisibiliza a violência subjacente.

Outra consequência apontada pelos entrevistados refere-se à própria saúde física e psicológica da paciente e a sua relação com seu bebê. Foram apontadas dificuldades na formação de vínculo imediato mãe/bebê; dificuldades com a

amamentação e até algum sofrimento para o bebê antes do parto (de acordo com a concepção de alguns entrevistados de que tudo que a mãe sofre o bebê sente). Alguns profissionais consideraram que a violência institucional também pode resultar tanto em um aumento da ansiedade da paciente quanto em maior probabilidade de depressão no pós-parto.

“Ela pode encarar que a causa de tudo, disso, é desse bebê, então vou rejeitar. Eu acredito que sim. (...) Pode diminuir a quantidade de leite e tal, né.” (O7)

“Acho que um parto bom é uma maneira de você reforçar o vínculo, né. Uma mulher que tem uma experiência de parto que foi um horror, ela olha pro nenê e “Porra, você aprontou comigo”, “Olha o que você fez eu sofrer, né”, tal, aquela coisa toda.” (O5)

“acho que nos cuidados com o bebê, nos cuidados pós-operatórios, nos cuidados de, do retorno para você ver se os pontos estão legais (...) acho que numa tentativa meio de fuga, de retornar, de não cuidar do bebê, de achar que a coisa foi horrível, eu acho que deve ter um trauma psicológico sim, em algum grau.” (O8)

Uma obstetra considerou também a possibilidade de a paciente ter problemas posteriores no exercício de sua vida sexual e na relação com o parceiro. A importância da sexualidade é tematizada apenas por essa entrevistada que tem especialidade em terapia sexual.

“Eu acho que isso pode atrapalhar a relação dela, médico paciente, a relação dela com a sexualidade dela. (...) Às vezes, tem muita paciente que fala que a vida sexual toda ficou pior depois do parto.” (O3)

Nesse sentido, lembramos que uma das puérperas entrevistadas, P3, se queixou de problemas para ter relação sexual com o parceiro após uma cicatrização mal sucedida da episiotomia.

Finalmente, um obstetra ressaltou os riscos para a saúde da paciente com procedimentos feitos desnecessariamente, incluindo a episiotomia. Alguns autores consideram como violência institucional a submissão das pacientes a procedimentos e intervenções desnecessários que podem resultar em uma “cascata de intervenções” com risco de danos a saúde da parturiente e do bebê (Diniz e Chacham, 2006).

“Aquela questão da episiotomia feita de maneira desnecessária aumenta os riscos da mulher, ela tem mais chance de incontinência urinária, incontinência fecal, de dores na relação sexual. Quer dizer, eu acho que é um problema de saúde pública (...) Tanto é que o Ministério da Saúde fez, há alguns anos atrás, aquela campanha de humanização da assistência ao parto e nascimento. Essa questão das cesáreas desnecessárias, né. Já se sabe que o Brasil faz muita cesárea desnecessária e isso é uma violência porque você tá aumentando o risco de morte dessas mulheres.” (O2)

4.4.3 Possíveis causas para a violência institucional nas maternidades

As razões apontadas tanto pelas puérperas quanto pelos profissionais para a ocorrência de maus tratos e desrespeitos nas maternidades foram, basicamente, as mesmas. A mais citada associa a violência ao caráter pessoal de quem a pratica. Neste sentido, ser violento seria uma questão de “natureza rude”, de índole, de “falha de caráter” ou uma questão de formação pessoal, pela falta de educação, falta de “berço”. Neste plano onde os atos desrespeitosos com as pacientes são restringidos à

esfera pessoal de cada um, segundo os entrevistados, não há o que possa ser feito – a natureza não se muda e educação se traz de berço, não se aprende na faculdade.

“São pessoas que trabalham assim, que sempre trabalharam assim, sempre deu certo assim e vão continuar assim”. (E2)

“Eu acho que hoje, depende muito da característica pessoal de cada um do que de uma coisa formativa da universidade. (...) a atitude profissional de cada um, a maneira como ele vai se relacionar com os pacientes depende muito do ‘jeitão’ de cada um, de como ele veio desde o berço. (...) E não como você é moldado, ‘Olha, vamos fazer assim’...” (O5)

Encerrada na esfera do caráter pessoal, também a violência que as pacientes cometem contra os profissionais encontra aí sua justificativa – a paciente é rude, “grosseirona” por natureza, não sabe lidar com os outros. Consideramos que esse tipo de justificativa para a violência limita suas possibilidades de questionamento crítico, contribuindo para a discriminação social da paciente, a banalização da violência institucional e sua maior invisibilização. E não por acaso, alguns profissionais entrevistados tenderam a ser mais compassivos com a grosseria de seus colegas do que das pacientes, o que expressa a hierarquia de valores que regulam as relações interpessoais entre profissionais, e destes com as pacientes.

Por outro lado, a banalização da violência na formação profissional em si também surge na fala de alguns entrevistados, só que dessa vez como algo passível de ser modificado:

“questão do costume. Não perceber, primeiro, que isso é uma violência” (O2)

“ah, sei lá nos somos seres humanos, nos somos falhos, a gente falha, às vezes é o contato, às vezes a pessoa que ta com problema, não sei é relativo, cada um e cada um né? (...) às vezes você ta muito cansada e a paciente não dá um tempo, nos somos seres humanos, a gente reclama muito você concorda, às vezes ate é uma, por exemplo, teve uma paciente que ganhou neném era umas 6:20 e eu ainda falei assim “ai, ainda bem que eu fazer isso agora e não na hora que, na hora da gente ir embora” ai a enfermeira falou “ixi, não fala isso na frente da paciente, que é falta de ética né?”(...) Às vezes uma corrige a outra, mas é habito da gente. A gente fala “oh, falta de ética”. (T1)

A fala de T1 aponta, não apenas para um “hábito” de se faltar com a ética, algumas vezes, como também para um ritmo de trabalho que pode ser alienante, por oferecer poucos recursos materiais aos profissionais e não possibilitar-lhes uma reflexão sobre sua própria prática cotidiana. Nesse sentido, as condições de trabalho também foram apontadas como causa para a violência institucional pela maioria dos entrevistados (profissionais e puérperas). O cansaço físico e emocional dos profissionais devido à sobrecarga de trabalho justificaria, sobretudo, o tratamento grosseiro. Lembramos que todos os profissionais entrevistados cumprem uma extensa jornada de trabalho e a maioria em mais de uma instituição.

“Tem médico que tem amor pelo aquilo que faz, tem uns que fazem obrigado, né, ou quando estão cansados demais e acabam se estressando com um ou outro paciente. (P9)

A falta de comprometimento ético com o trabalho e com o paciente, também foi apontada, por alguns entrevistados, como uma das possíveis causas para a violência institucional, sendo traduzido principalmente por um “não gostar do trabalho” ou “trabalhar só por dinheiro”:

“porque ele não gosta... Quer dizer... Ou não gosta da profissão, só tá trabalhando pelo dinheiro, eu não sei. Ou porque ele já tá estressado de atender tanta gente”. (P8)

“as pessoas são mal remuneradas, então trabalham com má vontade”. (P15)

A falta de uma fiscalização e punição contra maus tratos por parte da instituição, em parte pela própria banalização desses atos, também é ressaltada na fala de alguns entrevistados:

“é muito difícil, hospital público é muito difícil porque a mentalidade do funcionário é de hospital público. Ele acha que o paciente tem que aceitar o que ele quiser. “Espera aí que eu já vou te dar assistência”, entendeu? É... A paciente vem até o posto de enfermagem, tem duas ou três sentadas quando eu estou, ah filha, mas é na hora, a paciente vem e fala: “Ai, você, por favor, troca a minha cama?”, na hora elas levantam e vão, mas quando eu não estou é ó (gesticula), entendeu? Porque é a mentalidade deles”. (E3 – chefe de enfermagem)

*“Duvido que você reclame. Do teu marido não é maior?”
(...) Assim, você não tem como provar, você não tem como denunciar isso porque você não tem como filmar, entende? Essa denúncia tem que vir da mulher, mas testemunhas (outros funcionários) já vieram falar. (...) Indignados. Entendeu? Então isso é uma grande violência, mas o quê que a gente faz?” (O9)*

“as pessoas que sofrem isso devem sentir muito mal, porque também deve ter medo de ir até a polícia ou tem que ir, eu acho que tem que ir mesmo no serviço de... Como é que fala? Serviço que tem no hospital. Como é que é? Ai, esqueci o nome. Aquele que vê a gente, serviço... Ah, agora fugiu (...) Mas eu acho que é isso, a pessoa deve ter medo de correr atrás do seu direito”. (P9)

“Ah, na hora assim, eu me sinto, sabe? Constrangedor. Eu não po... Eu acho que eu posso brigar com o médico, mas eu

acho que ali é o serviço dele, eu acho que ele age assim comigo e com as outras pessoas, que pra... Pra mim é o serviço que ele tem que fazer, é aquilo. E eu fico pensando isso, né. E às vezes, se eu for reclamar eu acho que eu to passando dos limites, entendeu? Aí, pra mim, eu sempre tenho aquela coisa, ah, fico na minha, “Deixa pra lá”. Mas pra mim é ruim. Pra mim eu acho que seria uma coisa constrangedora”. (P18)

As falas de P9 e P18 mostram a dificuldade das pacientes em denunciar os maus tratos sofridos e a importância de ouvidorias nas instituições para este tipo de ocorrência que ofereçam o acolhimento e o respaldo legal necessários às denunciante.

A discriminação social para com as pacientes também foi considerada por alguns entrevistados como motivo frequente para a ocorrência da violência. Essa discriminação é expressa através da relutância em dar informações, do tratamento grosseiro e desqualificação de suas queixas, sobretudo em hospitais públicos.

“é uma violência contra a mulher, como é com qualquer ser humano, atitudes discriminatórias em relação a cor, a opção sexual dela, ao estado sócio econômico. Eu acho que isso é de uma violência enorme, né. Por exemplo, a raça ou a cultura. Nós temos, lá na X, bolivianas, muitas bolivianas (...) E não tem um ou dois plantões que não tem uma ou duas bolivianas, com seus maridos, parindo. E eu percebo entre os colegas, às vezes um deles que fala assim: “Poxa, mas tem boliviana demais aqui!”. O quê que significa esse “boliviana demais”? Quer dizer, pra mim isso é uma violência”. (O2)

“a discriminação do pobre é uma coisa muito forte, né. Eu acho que vem daí, quer dizer, o pobre é um estorvo, ele atrapalha, né, e o serviço público gasta com pobre e eles não se (...), eles têm muitos filhos, né. Eu acho que tem isso por trás do sistema, né. (...) E tá sendo atendido de graça, né. Eu acho que a ideia de que as pessoas têm direito à assistência médica de qualidade, eu acho que ela tá sendo incorporada, mas ainda tá sendo, né. (...) Eu acho que, eu acho que esse pensamento ainda existe, mas é menos comum. (...) Tá sendo

atendido de graça num hospital bom e ainda reclama, né.”
(O1)

“é porque é pobre, né. Porque no Einstein ele não vai fazer isso, você entendeu? (...) Então eu acho que existe essa forma de ver as coisas, né. A paciente é pobre? Ah, tudo bem, né, mas... É... Tem a... Você percebe algumas situações, assim, que o profissional, seja médico ou enfermagem, né, ele não faria isso se tivesse num hospital ‘top’ de linha”. (O10)

“se fosse um plano particular eu acho que eu não passaria por isso. Eu acho assim, não sei. Eu acho que foi porque é público, então eu acho que foi por isso que eu passei por isso. (E como você se sentiu?) Acho que você se sente abaixo dos que têm mais dinheiro do que você, entendeu? Eu acho que é isso que você se sente”. (P8)

A existência da discriminação social em maternidades como um fator propiciador da violência nos serviços públicos de saúde é confirmada por alguns estudos (Martin, 2006; Leal et al., 2005; Sá, 2005; Rego, 2003). Uma pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro com 9.633 puérperas provenientes de maternidades públicas, conveniadas com o SUS e particulares, perfazendo um total de 47 instituições apontou que quanto menor o nível de instrução e mais escura a cor da pele (de pardas a negras), menor o uso de analgesia nos partos normais e maior a insatisfação das usuárias com o atendimento recebido. O que revelou dois níveis de discriminação social entrelaçados, a educacional e a racial, na assistência oferecida a essa população (Leal et al., 2005).

Rego (2003) em um estudo realizado com estudantes de medicina coletou vários relatos de maus tratos infligidos propositalmente pelos profissionais contra pacientes usuários de serviços públicos. O autor também verificou, através de alguns desses relatos, que essa discriminação social é ensinada pelos próprios professores através de uma reprodução ideológica de valores e preconceitos expressos

claramente ou sob a forma de jargões como “Pimba” (preto, indigente, mendigo, bandido e alcoólatra) para se referir a determinados pacientes.

Martin (2006) ressalta a “tripla dificuldade”²² – de raça, classe e sexo – que sofrem as mulheres negras e mais pobres, uma vez que elas não só têm concretamente maiores chances de sofrer intervenções como de sofrer discriminação social e racial na forma como são tratadas quando estão em trabalho de parto. O que afeta profundamente suas experiências neste campo e influencia a forma que elas encontram de resistir à essas situações de opressão e discriminação social.

No que se refere à distinção da violência em maternidades públicas e privadas, quatro obstetras, quatro enfermeiras e uma técnica de enfermagem acreditam que a violência institucional ocorre tanto em uma quanto na outra. Destes, três profissionais acreditam não haver diferença quanto ao tipo e a frequência dos maus tratos, a maioria, contudo, considera que na assistência privada a violência é mais disfarçada.

“eu acho que pela proporção é maior no serviço público, mas isso também acontece no privado. A insensibilidade a essas questões é dos dois lados [público e privado].” (O2)

*“olha eu trabalhei em 2 maternidades privadas e a conduta que eu via do médico com paciente é a mesma, a não ser quando você tem um médico da paciente, quando é um médico plantonista a conduta é a mesma. **(que tipo de conduta?)** às vezes de falar, de xingar, de ser estúpido, a única diferença que a gente vê é quando é o médico da paciente (...) que fez o pré natal, faz visita no quarto dela (...) mesmo quem ta pagando um serviço diferenciado, sofre esse tipo de... a mesma coisa. (...) são pacientes já que têm um nível crítico maior, só que aí a paciente responde e o médico (plantonista) meio que se vinga. Por exemplo, se ia fazer uma analgesia, ele já não faz, ele já não pede. (...) ele já fica mais*

²² Grifo da autora.

ausente, não é um profissional que fica ali do lado, ele já deixa a paciente mais sozinha. (...) eu trabalhava a noite, de madrugada tinha uma paciente enlouquecida e ela por algum motivo ela foi ríspida, com o médico, eu não me lembro como foi e ele virou e falou assim “aí, você não vai tocar e a hora que nascer, nasceu!” (...) porque a gente fazia controle de pré parto e eles faziam o parto, “não quero que toque, não quero que faça controle a hora que tiver nascendo você me chama!” porque a paciente foi mais estúpida, na verdade ela não deu muita atenção ao que o médico tava falando”. (E5)

Outros profissionais entrevistados consideraram que a ocorrência da violência institucional nas maternidades privadas é menor. Os motivos apontados para isso foram: maior risco de punição do profissional; maior vigilância e controle da instituição sobre a conduta de seus profissionais e, supostamente, um maior poder de negociação da paciente em função do seu poder aquisitivo. Além disso, pressupõe-se que a relação profissional/paciente é diferente no público e no privado, uma vez que no privado geralmente a paciente faz o parto com o mesmo profissional que acompanhou o seu pré-natal e, portanto, já tem um vínculo estabelecido entre ambos.

“eu acho que no público, até por conta desse negócio de que ninguém é responsável por nada, talvez, facilite essas coisas [maus tratos], né.” (O5)

Ainda assim, O9 considerou que no serviço privado há outras formas de violência, mais sutis, porém, tão danosas, quanto qualquer outra. Para ela a manipulação da paciente através do tipo de informações que se dá, por exemplo, também é uma forma de violência:

“Porque, na verdade, ele detém o conhecimento técnico. Então às vezes, quando ele é questionado, tem um monte de gente que não fala tudo, sabe assim? Ainda tem muito isso. (...) Tipo assim, você tá com diabete gestacional. O cara

prefere simplesmente falar pra você parar de comer açúcar do que falar tudo que tem em diabetes gestacional, riscos e... Entendeu? (...) Ou então você tem o útero aumentado e o ideal seria que você fizesse uma cirurgia. (...) Você não vai morrer se você não fizer, mas o cara: “Olha, tem que fazer e ponto. Porque tem que fazer e ponto final.”. Isso é uma violência. Você não orientar direito, não dividir o conhecimento, né?” (O9)

A necessidade de “controlar” a paciente, de chamá-la “à razão” ou a retaliação a alguma agressão que o profissional tenha sofrido por parte da mesma, também foram apontados como razões para a violência institucional; com um tratamento mais rude ou mesmo o uso da força:

“Ah, eu não sei também porque às vezes quando a paciente está em trabalho de parto e ela não colabora e não ajuda, às vezes quando o médico dá uma bronca, eu não considero um desrespeito, antes eu ainda considerava, mas agora “vamos isso” e dá uma bronca nela, ela grita, ele fala “não grita”, ele tá fazendo isso para o próprio bem dela entendeu?” (T3)

“É claro que tem aquele momento sim, a pessoa fala ‘da um tempo, calma, é assim mesmo é normal!’ que as pessoas, às vezes a cliente grita tanto, tanto que a pessoa descompensa. Eu também já descompensei, eu já tive pacientes que fica “ai, ai” aquele “ai” dela é tanto que entra assim que você fala “menina calma! Se você não parar a sua dor vai piorar!” então você tem que dar um chacoalhão com as palavras para ela ver que não é assim, calma!” (T2)

“a gente trabalha com público e o público, é assim tem uns que tem muitos direitos sabe, querem ter muito direito e tem uns que ficam quietos não falam nada. Ai fica assim, tem gente que já chega dizendo o que a gente tem que fazer, tem gente que já não, só agradece. E esses que já chegam falando o que a gente tem que fazer a gente se torna um pouco ríspido com ele. “Não, porque sou eu que pago o seu salário e você tem que fazer”, ai já falta um pouco de educação do povo né.” (T1)

“também tem a violência do outro lado. Então às vezes a gente leva chute na hora de fazer exame. Vou fazer um exame, um toque, tal e levo um chute, por exemplo. Aí também te... Não é de se estranhar, perder a paciência e dizer “Ó, desse jeito não dá”. Isso, às vezes a gente tem que falar mesmo, né.” (O1)

“Você não tá num dia bom, tá sendo cutucado o dia inteiro, chega alguém e te provoca, você libera ou a paciente também provocou, porque isso também existe, né. A paciente, ela é mal educada com você em grande parte das vezes. Ela é mal educada. Então elas também, né, são ríspidas, são grossas com você, e às vezes o cara tá virado.” (O7)

Mais da metade dos profissionais entrevistados queixaram-se da violência cometida pelas pacientes contra os profissionais. Dentre as agressões relatadas estão: agressão física com chute na hora do exame ou do parto, morder, agarrar, bater na mão; agressão verbal através de xingamentos, ofensas, acusações contra o profissional e a instituição, tratamento grosseiro e a agressão de familiares.

O mais comum nos relatos são as agressões verbais com cobranças, xingamentos ou ameaças. Nas situações em que a agressão foi compreendida como involuntária por “reações inconscientes” das pacientes no momento da dor ou por algum descontrole psiquiátrico, os profissionais compreendem que este é um risco a correr. Fora essas duas situações, a agressividade da paciente é percebida, pelos profissionais, como uma forma de defesa das mesmas devido a maus tratos sofridos anteriormente nos serviços de saúde ou por uma questão de formação pessoal: são grosseiras e “brutas por natureza”.

Embora alguns profissionais entendam que a violência cometida por profissionais de saúde possa ser uma reação à agressividade da paciente, a maioria considera que isto não a justifica, uma vez que, cabe ao profissional manter o

controle da situação e o domínio de sua autoridade, sem recorrer à violência, como vimos anteriormente na discussão sobre autoridade médica.

“Às vezes a paciente coloca em você, ou na equipe, ou numa instituição que a representa, a responsabilidade por um desfecho que a gente não tem muito a ver. Então tem algumas pacientes que são agressivas, sim. (...) A minha reação é de contrapor pra ela, de uma maneira... Eu não vou me colocar no mesmo nível de sair de ‘bate boca’ com a paciente, mas de uma maneira mais elegante possível, eu procuro demovê-la daquela situação, eu sei que ela não vai entender muito, né, por que... Mas, pelo menos, eu deixo o meu ponto de vista colocado, né, pra ela entender que nem sempre as coisas acontecem como a gente gostaria que acontecessem, né.” (O5)

“E você, na verdade, é a ‘bucha do canhão’, né, é quem tá com a cara pra bater. Eu não tenho nada a ver com o problema da, da... Da pobreza do nosso serviço público, mas eu sou o que tô lá dando a cara pra bater, né. (...) Mas nunca perdi a cabeça. É porque tem hora de nervoso, mas sempre lembrando que eu que tenho que me manter na razão” (O4)

Uma obstetra chega a ressaltar a importância do acompanhante nesses casos como testemunha a favor do profissional:

“O acompanhante é a sua melhor testemunha. “Você viu como eu tratei ela?”, “Você viu como eu examinei?”. Isso é a melhor coisa. Talvez por isso as coisas tenham melhorado.” (O9)

Contudo, nos chamou a atenção que esta justificativa para a violência institucional também foi apresentada por algumas puérperas entrevistadas que responsabilizam as próprias pacientes pelos maus tratos sofridos.

“porque às vezes elas não sabem conversar. As mulheres grávidas. Às vezes elas não sabem conversar direito com o médico, quer ser ignorante, aí o médico vai aturando, vai ter uma hora que ele não vai agüentar mais, né? Aí eles acaba xingando ou então colocando pra fora, sei lá”. (P14)

“Coitado, mas eles tá no serviço deles, eles tá certo. É, porque... chega com escândalo. Isso não é justo. (...) porque tem muitas muié também, né, que gosta de caçar encrenca, nossa” (P16)

Note-se que o perfil apresentado é sempre o da paciente escandalosa como aquela que “faz por merecer” o maltrato. Lembramos aqui da reprodução ideológica da naturalização da dor do parto como algo ao qual a mulher deve se submeter “calada”, correspondendo, nesse caso, ao papel de boa mãe e boa paciente. Além disso, consideramos também que a reprodução dessa justificativa para a violência institucional por parte até mesmo das próprias pacientes se aproxima do que Chauí (1985) chama de *violência perfeita*, que implica na identificação daquele que é dominado com a vontade e a ação de quem o domina.

Finalmente, a resistência a mudanças na postura profissional e na adoção de procedimentos também é apontada, por alguns profissionais entrevistados, como fator que pode propiciar a violência quando os direitos da paciente não são respeitados, como, por exemplo, o direito a acompanhante.

Possibilidades de prevenção da violência institucional apontadas pelos profissionais

Mudanças visando à prevenção e o combate à violência institucional em maternidades foram apontadas pelos entrevistados tanto no campo da formação

profissional quanto no âmbito institucional. Nas instituições, alguns profissionais sugeriram maior vigilância, fiscalização e combate a atos profissionais desrespeitosos com as pacientes através de uma maior divulgação do tema; capacitação continuada de profissionais de todas as categorias com palestras e cursos não só sobre a violência institucional como também sobre ética profissional e melhorias nas condições de trabalho, a fim de diminuir a sobrecarga profissional e o stress decorrente disso, que favorece a violência institucional. Uma enfermeira considera que a própria visão do profissional de saúde deve mudar para que ele passe a ser visto como mais um “prestador de serviço”, a fim de que, segundo ela, se diminua ou atenua a assimetria na relação profissional/paciente. A fala desta entrevistada parece inferir que esta mudança na relação diminuiria as possibilidades de violência:

“a visão de formação, tanto da medicina, quanto da enfermagem, que eles são prestadores de serviço e não os reis da sabedoria e da verdade, por que isso é o que a gente é hoje, somos prestadores de serviço, e a gente sabe que instituições creditadas, não têm espaço para esse tipo de profissional, que eu sou o dono da verdade, você é o paciente vai fazer o que eu mando. Hoje a gente sabe que infelizmente a população ainda não tem essa visão, de que o profissional é um prestador de serviço, ele tem a visão que ele é subordinado ao profissional, que ele depende do profissional, porque às vezes ele não tem um convênio, que ele não tem a independência dele ir parir onde ele quiser, dele ser atendido onde ele quiser, então eu acho que já mudou muito que os pacientes, não são mais tão mais “pacientes”, já são mais ativos do que eles eram, mas ainda há essa cultura que o médico e enfermeiro tá lá no pedestal e o paciente tá lá para fazer o que eles mandam. É lógico que tem coisa que não tem opção, mas há essa cultura”. (E5)

No que se refere ao período de graduação, tanto para médicos quanto para os profissionais de enfermagem, a maioria dos entrevistados sugeriu principalmente: inserção na grade curricular do tema da violência contra a mulher e da violência institucional; aumento de disciplinas de ciências humanas e ética profissional; inserção na formação médica de estágios em locais “não médicos” de assistência à mulher, como, casas de parto, por serem locais onde o “empoderamento” da paciente é maior; e mudanças na postura profissional de tutores e professores para que o exemplo dado seja condizente com o que é aprendido teoricamente.

“Recomendações ajudam um pouco, né, mas mais do que recomendação, a atitude dos professores, né, no hospital de ensino. (...) os extremos sempre existirão. Sempre existirão aqueles alunos que sempre serão respeitosos com o paciente, independente de onde estudaram e se ele perceber exemplos de desrespeito ele vai censurar internamente aquilo e não vai fazer igual; você vai ter os outros extremos que sempre vão desrespeitar, independente de onde estudarem. Mas o que importa é o meio, né, quer dizer, aquele meio que é influenciável. Então se eles estão num lugar onde o professor tem uma atitude meio desrespeitosa eles tendem a... A tendência a imitar é muito grande, né, a fazer aquilo que o professor, né. (...) eu padeci muito com essa (...) incompatibilidade do ensino com a prática (...) a desarmonia entre o que se ensina e o que se faz é muito grande.” (O1)

“Eu acho que dá pra doutrinar, né, mas assim, eu acho que quem é já nasce feito, entendeu? (...) Lógico, você doutrina, mas quem é rude, ele até sendo educado você vai notar uma ponta de... De rudeza, né. Entendeu? (...) Eu acho que, pra começo de conversa, tem que ter uma formação pessoal importante, sabe. Tecnicamente, eu acho que se o médico ou a enfermagem pegar um curso bom, né, e se empenhar, ele tecnicamente vai ficar bom, entendeu? Assim, um bom profissional, ele não é um bom técnico. Ele tem que ser boa pessoa e ele tem que ser um bom técnico, aí você vai ter um bom profissional. (...) Medicina é bom senso também. Tanto no técnico quanto o pessoal. (...) Eu acho que o curso médico, ele tá mais voltado pra parte técnica. (...) Lógico,

tem que ter. Porque pra ser médico, se ele erra tecnicamente, tá perdido, né. Então tem que ter essa formação técnica, porém, teria que ter um curso que não tem em nenhum lugar, que é uma formação pessoal, né.” (O10)

Embora algumas falas acima revelem a crença de que a educação familiar é o que determina, em última instância, o caráter do profissional (“quem é bom já nasce feito”), elas também apontam para algumas possibilidades de mudança através da educação profissional. Essa mudança passaria necessariamente por uma visão “mais humana” da assistência, como apontado por alguns autores (Kiengelher et al., 2009; Rego 2003), ao contrário de uma extrema valorização da tecnologia em detrimento da dimensão dialógica do cuidado e do reconhecimento do outro como um sujeito – resultando na crise da confiança, como nos mostra Schraiber (2008).

“existe assim, essa excessiva valorização da tecnologia afasta o contato humano. (...) a gente vai sendo treinado pra perder um pouco dessa coisa e chega no final o sujeito não consegue, às vezes, perceber no outro, alguém igual a ele, só quando ele fica doente que ele vê que ele é igual ao outro. (...) Então existe uma questão, como eu disse, de muita tecnologia, de uma visão, às vezes, um pouco mercantilista, vamos dizer assim (...) e com pouca visão mais humanista, vamos dizer assim, da medicina. Eu acho que isso faz falta no curso, sim. (O5)

Nesse mesmo sentido, Rego aponta como uma espécie de “cinismo” resultante da adesão aos princípios da corporação médica o crescente desenvolvimento de uma ‘preocupação desinteressada’ pelo seu paciente (2003:59). Esse autor em revisão bibliográfica sobre as possibilidades de educação moral no ensino médico demonstra um consenso entre alguns estudos sobre a importância do

exemplo de comportamento dado pelos professores na prática assistencial para a formação ética dos alunos.

4.4.5 Discutindo o conceito de violência institucional

Identificamos nos relatos de maus tratos e desrespeitos dos entrevistados a violência institucional tal como definida por nosso referencial teórico, ou seja, a conversão de uma diferença, ser mulher, ou da diferença entre mulheres, ser pobre e ter muitos filhos, por exemplo, em uma desigualdade, que as coloca em uma situação de inferioridade. Conversão esta, no âmbito da assistência em maternidades públicas carregada de estereótipos de gênero (atravessados por questões de classe), os quais a medicina ajudou a construir, e que nos informam sobre o papel socialmente esperado dessas mulheres como mães, sobre os significados dados à maternidade e ao exercício da sexualidade feminina.

Nesse contexto, a mulher sofre uma dupla objetificação: seu corpo é tomado como objeto de controle e domínio da medicina e como meio para se chegar a um fim – o bebê. Visto como fim último do parto, o bebê, via de regra, é o produto mais importante de todo esse processo, para a mãe e para os profissionais. A esse respeito, Martin (2006) reflete sobre o uso cada vez maior de tecnologias e prescrições médicas sobre a gestante a favor do feto, em detrimento dos próprios desejos e direitos desta. Ou seja, a mulher é deixada de lado, como sujeito, e vista apenas como um corpo reprodutor.

Essa objetificação da paciente na maternidade se dá no contexto da *crise da confiança* vivida na medicina tecnológica, com a fragilização dos vínculos entre

profissionais e pacientes e uma erosão da qualidade ética de suas interações (Schraiber, 2008). No processo de “objetificação” do outro vemos uma dissociação entre o sujeito (transformado em objeto) e sua subjetividade, sua individualidade. Se o outro – o paciente – não é reconhecido como um sujeito pelo profissional que o assiste, ele não é visto como alguém de direitos e alguém que sofre.

Maturana entende a preocupação ética “*como preocupação com as consequências que nossas ações têm sobre o outro, é um fenômeno que tem a ver com a nossa aceitação do outro*” (2009:72). Dessa forma, é preciso incluir o outro no nosso domínio social para que ele seja alvo de nossa preocupação ética, o que está de acordo com o conceito de banalização da injustiça social de Dejours (2007) e do qual nos apropriamos para refletir sobre outro aspecto premente no relato dos entrevistados: a banalização que invisibiliza a violência institucional. Segundo Dejours (2007), para que o sofrimento alheio cause alguma mobilização de indignação no indivíduo é necessário que esse sofrimento seja percebido como resultado de uma injustiça. Quando essa associação não é feita frequentemente a postura adotada é a de resignação. Abstém-se assim de qualquer responsabilidade pessoal ao se conceber que o sofrimento do outro não é causado por uma injustiça, mas sim por uma questão de causalidade do destino, causalidade econômica ou sistêmica. O autor se utiliza do conceito de “banalização do mal”, de Hanna Arendt, para uma análise da banalização da injustiça social no âmbito do trabalho. De acordo com ele,

A exclusão e a adversidade infligidas a outrem em nossas sociedades, sem mobilização política contra a injustiça, derivam de uma dissociação estabelecida entre adversidade e injustiça, sob efeito da banalização do mal no exercício de

atos civis comuns por parte dos que não são vítimas da exclusão (ou não o são ainda) e que contribuem para excluir parcelas cada vez maiores da população, agravando-lhes a adversidade. (2007:21)

Neste sentido, se faz passar por adversidade a injustiça que resulta do mal praticado por uns contra outros, favorecidos por uma tolerância social para com este mal e esta injustiça através da sua banalização. Dejours (2007) contextualiza o mal a que ele se refere em sua análise como a tolerância, a cumplicidade do silêncio (a falta de denúncia) e a participação na injustiça e no sofrimento infligidos a outrem:

O mal diz respeito igualmente a todas as injustiças deliberadamente cometidas e publicamente manifestas, concernentes a designações ‘discriminatórias’²³ e manipuladoras para as funções mais penosas ou mais arriscadas; diz respeito ao desprezo, às grosserias e às obscenidades para com as mulheres. (2007:76)

No contexto da assistência nas maternidades podemos identificar esta banalização do sofrimento da parturiente, por exemplo, através da ideologia de naturalização da dor do parto como um preço pelo prazer sexual ou como um destino biológico – uma causalidade ou adversidade a ser enfrentada para que a mulher possa se tornar mãe. A banalização do sofrimento do outro remete à banalização da violência institucional contida nas frases (jargões), de cunho moralista e discriminatório, usadas como brincadeiras; na aceitação da falta de anestesistas de plantão para realização de analgesias durante o trabalho de parto e até mesmo no tom casual com que alguns admitem que a violência institucional seja, de fato, uma rotina nas maternidades públicas do Brasil.

²³ Grifo do autor.

De acordo com Dejours o incômodo causado pelo sofrimento alheio pode mobilizar estratégias de defesa individuais e coletivas de invisibilização deste sofrimento através da sua banalização:

Necessárias à proteção da saúde mental contra os efeitos deletérios do sofrimento, as estratégias defensivas podem também funcionar como uma armadilha que insensibiliza contra aquilo que faz sofrer. Além disso, permitem às vezes tornar tolerável o sofrimento ético, e não mais apenas psíquico, entendendo-se por tal não o sofrimento que resulta de um mal padecido pelo sujeito, e sim o que ele pode experimentar ao cometer, por causa do seu trabalho²⁴, atos que condena moralmente (...) e se ele for capaz de construir defesas contra esse sofrimento, poderá manter seu equilíbrio psíquico (2007:36)

Ao investigar os limites e possibilidades para o exercício da solidariedade, da cooperação e do cuidado nos serviços públicos de saúde, através de uma pesquisa realizada na porta de entrada da emergência de um hospital geral no município do Rio de Janeiro, Sá (2005) identificou a crescente banalização da dor e do sofrimento alheios nesses serviços como um processo que potencializa a baixa qualidade e a dificuldade de acesso aos mesmos. Segundo a autora,

Tal processo se manifesta, por exemplo, na apatia burocrática, no corporativismo e na omissão dos profissionais, na falta de ética, de respeito e de solidariedade na relação entre profissionais de saúde e destes com os usuários/pacientes. O clientelismo político, o fisiologismo e a corrupção também não poupam os serviços de saúde. O saldo deste processo não se traduz apenas em ineficiência, baixa produtividade, baixa cobertura e baixa qualidade dos serviços, mas principalmente, em sofrimentos, seqüelas e mortes que poderiam ter sido evitados (Sá, 2005:31)

²⁴Grifo nosso.

A autora conclui que a banalização do mal nos serviços de saúde é em parte uma estratégia de defesa dos profissionais contra o próprio sofrimento, mas também, o resultado da banalização do mal numa sociedade que ela define como estando entre a “impossibilidade da culpa” e a “falta de vergonha”, que faz com que a corrupção corra cada vez mais os valores éticos fundamentais de nossa sociedade e acabe se tornando o que é esperado e até admirado, através de sua banalização. O mal produzido nos serviços de saúde, portanto, seria um reflexo do mal produzido e agravado na própria sociedade e igualmente banalizado. Sá (2005) chama a atenção para esta “crise social” que se revela pela degradação dos valores sociais e do cuidado com o outro.

No cenário das maternidades públicas apontado pelos entrevistados, no qual conflitam diferentes interesses – dos gestores (através da instituição), dos profissionais e das pacientes – a qualidade da interação nas relações se enfraquece diante da precariedade de recursos, da excessiva demanda por uma rapidez na produção de serviço e de uma segurança, cada vez mais, depositada no uso de recursos tecnológicos como mediadores dessa relação e como solução para esses conflitos. Como apontado por Schraiber (2008), o ideal de uma boa assistência deixa de ser pautado na qualidade ética da interação entre profissionais e pacientes e na confiança resultante desta interação para se basear no maior acesso a tecnologia, que representa um bem em si.

Neste sentido, a melhor humanização para alguns profissionais é dar às pessoas toda a tecnologia que há disponível e, sob esta lógica, a cesárea ou o parto normal “intervencionista” são considerados mais “humanizados”. Ocorre, então, uma

inversão ética da contemporaneidade: o parto normal humanizado é tido pelos profissionais como um parto “abandonado” e a cesárea seria o parto sem dor.

Por outro lado, há também no campo da assistência à reprodução um duplo exercício de poder – médico e de gênero – pelo qual os sujeitos envolvidos estabelecem suas relações, com diversas estratégias de resistência e acomodação por parte daqueles sobre os quais se dá a ação de poder. O uso da violência como instrumento desse poder, para sua manutenção, resulta na própria erosão do poder. Nesse contexto a violência institucional parece ter limites tênues para os profissionais entrevistados, estando, na maior parte das vezes, atrelada a intencionalidade do ato.

A questão que se coloca aqui, portanto, sobre a violência institucional, diz respeito aos limites éticos de uma ação para que ela não resulte em violência. A esse respeito recorreremos mais uma vez ao nosso referencial teórico. Segundo Chauí (1998:34),

A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos. Na medida em que a ética é inseparável da figura do sujeito racional, voluntário, livre e responsável, tratá-lo como se fosse desprovido de razão, vontade, liberdade e responsabilidade é tratá-lo não como humano e sim como coisa, fazendo-lhe violência...

Vemos, portanto, de acordo com os relatos dos entrevistados, que a anulação da subjetividade e da alteridade da paciente, a desqualificação de sua fala, de sua liberdade e autonomia aparecem no cotidiano das maternidades públicas, naturalizado e banalizado na cultura institucional. Imersos nesta mesma cultura, que

tem sua fonte não só na medicina, mas também nos valores vigentes da sociedade, profissionais e pacientes a reproduzem e resistem em diversos momentos e de diversas formas.

Assim, como salientou Sá (2005) sobre a banalização do mal nos serviços de saúde, consideramos que a banalização da violência institucional nas maternidades públicas é em grande parte reflexo de um fenômeno social que atinge a todos. Sem mudanças nas relações de gênero e nas relações de poder entre profissionais e usuários, com relações que reconheçam o outro como um sujeito e respeitem seus direitos enquanto tal, a violência institucional continuará banalizada e invisibilizada.

CAP V – Considerações Finais

Iniciamos este trabalho com a hipótese de que a violência institucional nas maternidades públicas é, fundamentalmente, uma violência de gênero por estar pautada em significados culturais estereotipados de desvalorização e submissão da mulher. Esses significados, atravessados pelas ideologias médica e de gênero, tornaram-se naturalizados na cultura institucional, favorecendo suas condições de existência e perpetuação.

Vimos, entretanto, que, além disso, essa violência se dá no contexto da “crise de confiança” da medicina tecnológica com o distanciamento na relação pessoal entre profissionais e pacientes, que passa a ser intermediada cada vez mais apenas pela tecnologia na qual se apóia. Essa fragilização dos vínculos de confiança na relação profissional/paciente resulta em uma desvalorização de toda a dimensão subjetiva desta interação.

Nesse cenário, a violência institucional se encontra banalizada no cotidiano da assistência em maternidades públicas, como retratado no relato de nossos entrevistados. Essa violência, como aponta a literatura, se expressa através da objetificação da paciente que não é reconhecida como um sujeito na relação com o profissional de saúde, e sim como um objeto de intervenção para se chegar a um fim. Vigora também a transformação de suas diferenças étnicas, sociais e de gênero em desigualdades, através de condutas discriminatórias que colocam a paciente em posição de inferioridade a fim de reforçar as relações de mando e obediência.

Nesse sentido, vimos relatos, tanto de profissionais quanto de puérperas, de ameaças, represálias, tratamento grosseiro e hostil, desvalorização da dor e sofrimento da paciente, desqualificação de suas queixas e discriminação social. Ainda que a maioria dos entrevistados não tenha feito uma associação imediata entre o termo “violência” e os maus tratos e desrespeitos sofridos pelas pacientes nas maternidades, esta associação se deu ao longo das entrevistas à medida que refletiam sobre o tema. O que esteve de acordo com nossa proposta de contribuir com maior visibilidade para essa questão ao assumirmos o uso do termo “violência institucional”, apesar das possíveis resistências a serem encontradas.

Nossos objetivos traçados no projeto original do estudo foram alcançados na medida em que buscamos, através das entrevistas com profissionais e puérperas, compreender como e porque a violência institucional acontece. As convergências e divergências de concepções sobre esse tipo de violência para os entrevistados foram apontadas e analisadas sob a perspectiva de nossos referenciais teóricos. A análise revelou que a banalização da violência institucional traz em si a banalização do sofrimento da paciente e resulta na sua própria invisibilidade. Estereótipos de classe e gênero cristalizados em nossa sociedade se refletem na assistência a essas pacientes.

Vimos também que a violência institucional reflete certa erosão do poder médico no seu exercício cotidiano, nas relações interpessoais. A precariedade de recursos materiais e humanos; a descontinuidade da assistência prestada do pré-natal ao parto dificultando a formação de vínculos de confiança entre profissionais e pacientes; o uso exacerbado de tecnologia como mediadora das relações e a

impessoalidade no cuidado, conformam terreno fértil para a violência exercida através de maus tratos e desrespeitos.

Em contrapartida, paulatinamente, se dá a construção de outros poderes que fazem frente a esse poder da medicina tal como ele se constitui atualmente. Um exemplo disso é a ReHuNa (Rede de Humanização do Parto e Nascimento), uma organização da sociedade civil, que atua desde 1993 na promoção e reivindicação da humanização do parto e nascimento em todas as suas etapas, baseada no protagonismo da mulher e em evidências científicas.

Podemos considerar a ReHuNa como uma outra possibilidade de exercício do poder enquanto um consenso, baseado na construção de um diálogo, tal como definido por Arendt. Ao mesmo tempo, configura-se como um contra poder na dimensão social e coletiva na medida em que luta por ações públicas que visem uma melhoria na assistência à maternidade.

Finalmente, esperamos com este trabalho trazer contribuições para a discussão sobre as dificuldades de implantação, na prática assistencial, das diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Ressaltamos, ainda, a importância da qualidade ética das interações numa perspectiva ampla de cuidado, onde tanto as intervenções técnicas como as ações de suporte sejam orientadas para o acolhimento, valorizando a mulher como sujeito na relação profissional/paciente.

16. Quantas vezes você já ficou grávida? Abortos:
 17. Quantos partos normais: Quando e Onde?
18. Quantas cesáreas: Quando e Onde?
19. Tem plano de saúde particular? Cobre parto?
 Onde?
20. Quantos filhos tem? Idades: Gravidez atual
 21. São todos do parceiro atual?
 22. Com quem você mora?
 23. Zona:
 24. Renda Mensal da família:
 25. Quem contribui?

Telefone:

Aspectos pessoais/ humor:

II) EXPLORAÇÃO TEMÁTICA

A) HISTÓRICO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO

26. Pode me falar um pouco desta sua última gestação? Como foi (como se sentiu)?
27. Você queria engravidar?
28. Teve apoio familiar (incluindo parceiro)?
29. Durante a gestação precisou ir ao hospital alguma vez? Por qual motivo?
30. Como foi o atendimento? Quanto tempo ficou?
31. Alguém foi com você?
32. Pode me falar um pouco do parto?

- Quem a levou para o hospital;
- Em quantos hospitais foi até ser atendida (contar como foi);
- Quanto tempo levou do trabalho de parto até o nascimento do bebê;
- Como foi o parto;
- Se estava acompanhada; se ficou sozinha em algum momento;
- Se tomou anestesia; se ofereceram, se ela pediu;
- Quem fez o parto (médico, enfermeira, auxiliar);
- Quanto tempo levou até ver o bebê
- O que mais a preocupava
- Como se dirigiam a você? Pelo nome ou por “mãe”? O que achou disto?

33. O que achou mais difícil no seu parto?

34 Como se sente agora?

35 Alguma coisa ou situação te deixa mais preocupada agora?

36 Pode me falar um pouco dos seus partos anteriores? (investigar as mesmas questões)

B) USOS E EXPERIÊNCIAS COM O SERVIÇO DE SAÚDE.

37 Com que frequência costuma ir ao serviço de saúde?

38 Por quais motivos?

39 Alguma vez se sentiu maltratada ou desrespeitada?

40 Alguma vez algum profissional de saúde gritou com você?

41 Alguma vez algum profissional de saúde a empurrou, puxou, bateu ou segurou à força?

42 Você acha que existe diferença de maus-tratos quando a mulher é gestante ou não? Porque?

43 Você acha que as mulheres ou os homens são mais maltratados?

C) PERCEÇÃO DA VIOLÊNCIA E HISTÓRIA DOS CONFLITOS, AGRESSÕES E /OU VIOLÊNCIAS VIVIDAS.

- 44 O que considera ser uma violência contra a mulher?
- 45 Por que isso acontece e como acha que essas pessoas que vivem isso se sentem?
- 46 O que você considera ser uma violência dentro dos serviços de saúde?
- 47 Você acha que as mulheres em situação de parto são maltratadas em maternidades? Porque?
- 48 Sabe de alguém da sua família ou conhecido que já tenha passado ou ainda passe por algum tipo de agressão ou maus-tratos em maternidades públicas?
- 49 E você, alguma vez já foi agredida fisicamente, maltratada, humilhada ou sofreu algum erro médico ou negligência de algum profissional de saúde?
- 50 Alguma vez você já ouviu algumas das frases abaixo ou algo no mesmo sentido:
- *Não grita se não eu não venho te atender*
 - *Está gritando porque? Na hora de fazer gostou.*
 - *Não chora não que ano que vem você está aqui de novo*
 - *Fica quietinha pra não atrapalhar os outros (ou outras pacientes)*
- 51 Você gostaria de falar ou explicar alguma coisa que considera importante de ser conversado e que não chegamos a tocar nesta entrevista?

ANEXO II**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE
ENVOLVIDOS NO ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL E PARTO**

DATA:

N.º/ CÓDIGO DA ENTREVISTA: _____

D. DADOS PESSOAIS E INSTITUCIONAIS DO(A) ENTREVISTADO(A)

- a. Sexo:
- b. Idade:
- c. Cor declarada:
- d. Estado civil atual:
- e. Filhos?
Quantos? Sexo, idade:
Netos?
Quantos? Sexo, idade:
- f. Profissão:
- g. Função e setor de trabalho atual:
- h. Tipo de vínculo trabalhista e carga horária:
- i. Outras atividades profissionais (passadas e atuais):

II) EXPLORAÇÃO TEMÁTICA**A) FORMAÇÃO E EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL**

1. Onde estudou e em que ano você se formou? Fez algum curso depois (especialização, formação, pós-graduação)?
2. Há quantos anos você exerce esta profissão?
3. Há quantos anos trabalha neste Hospital?
4. Em que programas ou setores do Hospital, você já trabalhou? Há quanto tempo está no setor atual?

5. Em média, quantas gestantes você atende por semana? Que tipo de atenção presta?
6. Que casos destacaria como sendo mais “fáceis” e mais “difíceis” de lidar? Por que?
7. Como você avalia suas condições de trabalho aqui? (anotar maiores dificuldades, maiores vantagens).
8. Você teria alguma sugestão para melhorar o trabalho neste setor?

B) PERCEPÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA E GÊNERO

9. O que você considera ser um desrespeito com a paciente?
10. Já presenciou alguma vez desrespeito ou maus-tratos contra pacientes dentro de um serviço de saúde? Conte o caso
11. Alguma vez foi cometido por algum profissional de saúde diretamente? Como foi?
12. Para você, o que seria violência contra a mulher?
13. Na sua vida pessoal, a violência lhe preocupa ou já lhe preocupou? Em que sentido?
14. No dia a dia do trabalho aqui, você tem suspeitado de casos de violência contra pacientes cometida por profissionais? De que tipo – verbal, sexual, psicológica, física? Com que frequência?
15. Porque você acha que isso acontece?
16. Alguma vez já ouviu algumas das frases abaixo ou algo no mesmo sentido:
 - *Não grita se não eu não venho te atender*
 - *Está gritando porque? Na hora de fazer gostou.*
 - *Não chora não que ano que vem você está aqui de novo*
 - *Fica quietinha pra não atrapalhar os outros (ou outras pacientes)*

C) VIOLÊNCIA NA SAÚDE / ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL, AO PARTO E PUERPÉRIO E FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

17. Você acha que o trabalho neste serviço de saúde vem sendo afetado pela violência em geral? Como?
18. Considera que a violência contra a mulher chega a ser um problema para a saúde da mulher? Por que? E na saúde da gestante e do bebê? Que efeitos ou conseqüências destacaria?
19. Em sua formação profissional, alguma vez, a questão da violência contra mulheres foi abordada? Quando? (SEMPRE investigar se a unidade já ofereceu algum treinamento ou formação para tal)
20. O que acha que deveria mudar na formação profissional para prevenção da violência institucional cometida por profissionais de saúde?
21. Você gostaria de falar ou explicar alguma coisa que considera importante de ser conversado e que não chegamos a tocar nesta entrevista?

ANEXO III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Gestantes e Puérperas

Você está sendo convidada para participar da pesquisa Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero, que faz parte do meu trabalho de doutorado no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa tem por objetivo investigar a ocorrência de maus-tratos em maternidades públicas no município de São Paulo, do ponto de vista das usuárias e dos profissionais de saúde da rede pública de assistência ao pré-natal e parto. Pretende-se com esta investigação verificar e compreender como e porque situações de maus-tratos contra pacientes acontecem em maternidades públicas.

Sua participação se dará através de uma entrevista. Você não é obrigada a aceitar este convite e pode desistir a qualquer momento, mesmo que a entrevista já tenha começado ou depois de terminada. Caso você não queira participar não terá, por causa disso nenhum tipo de problema comigo, com os profissionais que a atenderam no hospital onde estive ou com os profissionais de saúde que a acompanham agora. E de forma alguma isto será anotado no seu prontuário ou comentado com qualquer outro profissional da instituição onde está sendo assistida neste momento ou de qualquer outra instituição onde tenha sido atendida.

Para que eu possa anotar tudo o que você quiser me falar precisarei gravar esta entrevista em fita cassete. Mas estas informações serão confidenciais e nem o seu nome nem o do hospital onde você esteve serão revelados no meu trabalho. Isto quer dizer que o que você tem para me falar é importante para que eu possa estudar e conhecer mais sobre a assistência oferecida às gestantes e puérperas atendidas na rede pública de saúde, mas ninguém saberá que foi você quem me disse isso. Por esta razão quando eu terminar o meu trabalho esta fita será queimada.

Se você não se sentir bem depois de falar sobre estas questões ou quiser conversar mais sobre isso outras vezes poderei encaminhá-la para um atendimento com uma psicóloga. Mas lembre-se que você é livre para desistir de participar desta pesquisa a hora que quiser.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o meu telefone e endereço. Pode fazer qualquer pergunta sobre algo que não tenha entendido agora ou a qualquer momento.

Janaína Marques de Aguiar

CRP 24105-05 RJ

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Rua Dr. Arnaldo, n.455,
Departamento de Medicina Preventiva, sala 2241, telefone 3061-7094

Eu, _____, entendi as informações que me foram ditas acima e aceito participar desta pesquisa com esta entrevista.

São Paulo, _____ de _____ de 2008.

ANEXO IV

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa Violência Institucional em Maternidades Públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero, que faz parte do trabalho de doutorado da presente pesquisadora no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa tem por objetivo investigar a ocorrência de maus-tratos em maternidades públicas no município de São Paulo, do ponto de vista das usuárias e dos profissionais de saúde da rede pública de assistência ao pré-natal e parto. Pretende-se com esta investigação verificar e compreender as diversas percepções sobre o fenômeno; identificar as possíveis conseqüências deste tipo de maus-tratos, bem como as dificuldades e impasses surgidos no atendimento a essas usuárias.

Você foi selecionado por preencher os critérios necessários para a realização da entrevista e objetivos da pesquisa. Contudo, sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com a sua instituição de atuação, com a instituição da pesquisa ou com a pesquisadora.

Para melhor coleta dos dados esta entrevista será gravada em fita cassete e após o término da pesquisa será devidamente inutilizada, garantindo o seu anonimato. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados divulgados não possibilitarão a sua identificação nem a da sua instituição de atuação.

A sua participação não envolverá riscos físicos, econômicos ou sociais, e quanto aos possíveis riscos emocionais que possam lhe trazer falar sobre esses temas, garantimos a sua devida orientação e encaminhamento. Lembrando-lhe que a qualquer momento você é livre para suspender a sua participação caso assim o decida.

Os benefícios que sua participação poderá trazer referem-se à possibilidade de um aprofundamento no tema da pesquisa e de um conhecimento particular com o

objetivo de trazer acréscimos à qualidade da assistência oferecida às gestantes e puérperas atendidas na rede pública de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Janaína Marques de Aguiar
CRP 24105-05 RJ

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Rua Dr. Arnaldo, n.455,
Departamento de Medicina Preventiva, sala 2241, telefone 3061-7094

Eu, _____, entendi as informações que me foram ditas acima e aceito participar desta pesquisa com esta entrevista.

São Paulo, _____ de _____ de 2008.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anyon J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias de papéis sexuais. *Cad. Pesquisa* (São Paulo). 1990; 73:13-25.

Arenas P, Canevari C; Isac R, Carreras M. *Junt@s por un Parto Respetado* [on line]. Santiago del Estero: Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud, Universidad de Santiago del Estero; 2008. Disponível em: <http://www.radiouniversidad.unse.edu.ar/html/spot.html>.

Arendt H. *Eichmann em Jerusalém*. São Paulo: Companhia das Letras; 1999.

Arendt H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.

Ayres JRCM. Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004; 13(3):16-29.

Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001; 6(1): 63-72.

Balaskas J. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground; 1993.

Barbieri T. Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. In: Azeredo S, Stolcke V, organizadores. *Direitos reprodutivos*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; 1991. p. 26-45.

Berquó E, Cavenaghi S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. *Novos estudos – CEBRAP* (São Paulo). 2006;74(mar):11-15.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Portaria Nº 569, de 1 de junho de 2000.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

Briquet R. *Obstetrícia Normal*. 2ª edição atualizada por D. Delascio e A. Guariento. [s.l.], São Paulo, SP; 1970.

CREMESP. *Ética em ginecologia e obstetrícia*. Cadernos CREMESP. 3^a ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2004.

Chauí M. Ética e Violência. *Teoria & Debate*. São Paulo. (Fundação Perseu Abramo, São Paulo). 1998; 39: 32-41.

Chauí, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Chauí M, Cardoso R, Paoli MC, organizadores. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Zahar. 1985. p.25-62. 4v.

Chiarotti S, Jurado MG, Aucia A, Arminchiardi S. *Con Todo al Aire. Reporte de Derechos Humanos sobre Atención en Salud Reproductiva en Hospitales Públicos*. Rosario, Argentina: INSGENAR – Instituto de Genero, Derecho y Desarrollo; Buenos Aires: CLADEM – Comité de America Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer; 2003.

CLADEM & CRLP. *Silencio y Complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP); 1998.

Costa JF. *Violência e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 2002; 359(11):1681-5.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços. In: Giffin KM, Organizadora. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. p.337-355.

Dalgaard AL. *Vida e esperanças: esterilização feminina no Nordeste*. São Paulo: Editora UNESP; 2006.

Dejours C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

Deslandes SF, organizadora. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3):627-637.

Diniz CSG. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.

Diniz CSG. O que funciona e o que é justo: notas sobre a violência na assistência ao parto. In: *Curso de capacitação para o atendimento de mulheres em situação de violência*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, organizadores. 1997, p.102-116.

Diniz CSG. *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: Editora Unesp (Saúde e Cidadania); 2004.

Diniz CSG; Chacham A. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*. 2006; 1(1): 80-91.

Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*. 2004;20(supl.1): 52-62.

Foucault M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal; 2007a.

Foucault M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal; 2007b.

Foucault M. O Sujeito e o poder. In: Rabinow P, Dreyfus HL, Foucault M. *Uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995, p.231-249.

Giffin KM. Corpo e conhecimento na saúde sexual: uma visão sociológica. In: Giffin KM, Costa SH, organizadores. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999, p.79-91.

Gomes AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no nordeste brasileiro. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(1): 61-72.

Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 21(3): 715-723.

Hoga LK, Feliz CCP, Baldini P, Gonçalves RC, Silva TRA. Relacionamento interpessoal: fator relevante da assistência ao parto na avaliação de puérperas. In: *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, 8* [online]. São Paulo; 2002. Disponível em World Wide Web: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100049&lng=pt&nrm=iso

Hotimsky SN. *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18(5):1303-1311.

Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African Obstetric Services. *Social Science & Medicine*, 1998; 47(11):1781-1795.

Kiengelher LH, Álvarez MV, Villafuerte BP, Valle FC, Cervantes ML. Relación del personal de salud con los pacientes en La ciudad de México. *Rev. Salud Pública*, 2009; 43(4): 589-94.

Lambrou NC, Morse SN, Wallach EE. *Manual de Ginecologia e Obstetrícia do Johns Hopkins Hospital*. Tradução: Savaris, R. e Duarte, RA. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.

Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, 2005; 39(1): 100-7.

Lévy A. Violência, mudança e desconstrução. In: Araújo, JNG; Carreteiro, TC, organizadores. *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte, Fumec; 2001. p.75-92.

Martin E. *A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.

Maturana RH. *Emoções e linguagem na educação e na política*. Belo Horizonte: UFMG; 2009.

McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(7):1483-1491.

Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(3): 553-559.

Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: Thiollent MJM. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 3ª ed. Coleção Teoria e História, 6. CIDADE: Editora Polis; 1982. p.191-211.

Minayo MCS. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa Em Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998.

Nogueira MI. *Assistência Pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. São Paulo: Hucitec (Humanismo, Ciência e Tecnologia); 1994.

Paim HHS. Marcas no corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: Duarte LF, Leal O, organizadores. *Doença, sofrimento e perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1998, p.31-47.

Pizzini F. Communication hierarchies in humour: gender differences in the obstetrical/gynaecological setting. *Discourse & Society*, sage (London, Newbury Park and New Delhi). 1991; 2(4): 477-488.

Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface: comunicação, saúde, educação*. 2009; 13(supl.1):759-68.

Rego, S. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003.

Richard F, Filali H, Lardi M, De Brouwere V. Accouchement à l'hôpital au Maroc ou comment concilier des logiques différentes (Hospital deliveries in Morocco or how to reconcile different logics). *Rev. Épidémiol. Santé publique*. 2003; 51(1): 39-54.

Rohden F. *Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2001.

Sá MC. *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência*. [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2005.

Sá MC. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001 ;6(1):151-164.

Saizonou J, Godin I, Quendo EM, Zerbo R, Dujardin B. La qualité de prise en charge des urgences obstétricales dans les maternités de référence au Bénin. *Tropical Medicine and International Health*. 2006; 11(5): 672–680.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 1997; 1(1): 123-140.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008.

Schraiber LB. Pesquisa Qualitativa e saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*, 1995; 29(1): 63-74.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Falcão MTC; Figueiredo WS. *Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos*. São Paulo: Editora UNESP, (Saúde e Cidadania); 2005.

Scott, J. Gênero: Uma Categoria Útil para Análise Histórica. Tradução S.O.S. Corpo, *Educação e Realidade* (Porto Alegre). 1990; 16(2):1-27.

Simões Barbosa RH. As mulheres, a Aids e a questão metodológica: desafios. In: Czeresnia D, Santos EM, Simões Barbosa RH, Monteiro S, organizadores. *Aids: pesquisa social e educação*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995. p.65-83.

Starr P. Orígenes sociales de la soberanía profesional. In: STARR, P. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América*. México: Biblioteca de la Salud. Secretaría de Salud, Fondo de Cultura Económica; 1991, p.17-44.

Teixeira NZF, Pereira, WR. Parto hospitalar – experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006; 59(6): 740-4.

Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(supl.2): 419-427.

Vieira EM. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

Wagner, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2001; 75: S25-S37.

World Medical Association. *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects* [on line]. Helsinki; 2000 [acessado em 15/01/2010]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/helsin6.htm>

Zugaib M. *Protocolos Assistenciais Clínica Obstétrica FMUSP*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2007.