

SAÚDE DAS MULHERES

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

Uma organização não governamental, que atua na promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, através do atendimento direto, da pesquisa, da capacitação de recursos humanos, da articulação política e do desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde da mulher

Equipe técnica do Coletivo e autoras

Carmen Simone Grilo Diniz
Lenira da Silveira Mazoni
Maria José de Araújo
Maria Jucinete de Souza
Paula Patrícia Francisquetti
Regina Rodrigues de Moraes
Rosa Dalva Faustinoni Bonciani
Tereza Verardo
Wilza Villeta

Equipe de apoio

Ana Rita de Moraes
Fabiana da Costa Garcia
Marta Carvalho Rodrigues de Argolo Marcelino
Maria Terezinha Souza de Santana Pontual

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

Rua Bartolomeu Zunega, 44
CEP 05426-020 - Pinheiros - São Paulo - SP
Fone (011)212.8681
Fax (011)813.8578
e-mail: cfssaude@ax.apc.org.br

SAÚDE DAS MULHERES

Experiência e prática do
Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

Direitos reservados à

Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
Rua Bartolomeu Zunega, 44
CEP 05426-020 - Pinheiros - São Paulo - SP
Fone (011)212.8681
Fax (011)813.8578
e-mail: cfssaude@ax.apc.org.br

*Dedicamos este livro à memória de
Elizabeth Souza Lobo,
feminista, democrata,
uma das fundadoras do
Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde.*

*Portanto, aqui homenageamos quem acreditou
na luta das mulheres em prol da sua autonomia e
por uma sociedade mais justa e igualitária.*

*As suas idéias permanecem no nosso cotidiano e
alimentam a nossa prática e os nossos sonhos.*

SUMÁRIO

Agradecimentos

Apresentação Maria Betânia Ávila	1
História do Coletivo Equipe do Coletivo	3
Saúde integral, reprodutiva e sexual da mulher Wilza Villela	7
O papel das práticas educativas Maria José de Oliveira Araújo	12
Cuidando do prazer Simone G. Diniz	18
Cuidando da saúde reprodutiva em tempos de DSTs e AIDS Regina Rodrigues de Moraes Rosa Dalva F. Bonciani	27
Maternidade voluntária, prazerosa e socialmente amparada Simone G. Diniz	38
Aborto Maria Tereza Verardo Maria Jucinete de Souza	45
Violência de gênero Simone G. Diniz	54
Saúde mental e violência <i>Paula S. N. Francisquetti</i>	61

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as mulheres que contribuíram para tornar realidade o sonho da criação do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde:

Cecília Simonetti
Eleonora Menecuci de Oliveira
Ethel Leon
Elizabeth Meloni
Ivany Buzzo Turibio
Maria Otacília Lima Batistêlle
Magaly Marques
Melodie Radler
Mônica Galano
Rina Nissin
Rosângela Gramoni
Silvia Cavazin
Vera Soares

APRESENTAÇÃO

*Maria Betânia Ávila**

A produção de um livro como este é uma espécie de reconstrução da experiência de trabalho vivida sob várias formas. Também é o registro do que poderíamos chamar de as invenções das mulheres para intervir no mundo, para produzir saber e formas próprias de pensar e cuidar da saúde.

A importância desta publicação está evidentemente associada à importância que tem o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde para a história do movimento de mulheres no Brasil, dentro do contexto de democratização e construção de cidadania que se situa nas últimas duas décadas.

No dia-a-dia de nossas articulações políticas e parcerias de trabalho, o chamamos apenas de Coletivo. E é assim que vou chamá-lo neste texto a partir de agora. Acho mesmo muito apropriado este nome. Em primeiro lugar, porque ele nos oferece um sentimento de aconchego. O Coletivo é assim: um espaço aberto para o mundo, mas em cujo interior movimentam-se mulheres em torno de um trabalho que visa transformar a realidade. Ao mesmo tempo, já como parte dessa transformação, encontram o tempo e a delicadeza para receber e cuidar de outras mulheres que chegam em busca de um outro jeito de lidar com sua saúde.

Nesse processo de troca, as integrantes do Coletivo aprendem, ensinam e seguem produzindo novos saberes, que depois vão se espalhando pelo mundo. O que o Coletivo nos oferece neste livro deve ser tomado como um legado das mulheres para a vida social. É uma literatura sobre a criatividade, que fluiu de um projeto de mulheres com autonomia.

Um livro como este nos traz algo muito especial, que é a história de como se constróem as organizações feministas de trabalho. Isto significa conhecer de maneira mais profunda um processo de institucionalização no campo do feminismo. Ora, essa é uma contribuição crucial, porque a existência do Coletivo é em si uma ação transformadora da sociedade. O seu nome é signo de uma nova época, porque sua existência é resultado de transformações políticas que as mulheres realizaram a partir do feminismo.

Os temas tratados neste livro compõem um quadro de referência fundamental para o tratamento das questões relativas à saúde da mulher no campo dos Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais. Mas este livro inova no sentido de acrescentar novos enfoques e novas temáticas a uma pauta que já se tornou clássica.

Práticas educativas, por exemplo, é um tema que realmente precisa de mais visibilidade e elaboração, pois a sua importância na área da saúde ainda não ganhou o espaço que merece. Ou, dito de outra maneira, ganhou espaço mas não da forma que merecia. Uma elaboração vinda do Coletivo é uma contribuição para avançar

no sentido de valorizar essas práticas, tornando-as mais necessárias e mais referenciadas em experiências que se desenvolveram a partir das próprias mulheres.

As questões relativas à contracepção — tema básico na luta por direitos no campo da vida reprodutiva e sexual — necessitam de abordagens repensadas a partir de um contexto social e político profundamente transformado. Mudanças boas e perversas aconteceram nestas últimas décadas. As conquistas legais, a definição de políticas, a liberação dos discursos e das práticas sexuais podem contar no lado das boas mudanças. O lugar que as mulheres ocupam no mundo hoje altera a vivência da anticoncepção. Mas as DSTs e AIDS, as políticas de saúde que não se tornam reais no cotidiano das mulheres, a falta de diferentes métodos para os homens, a banalização da vida sexual como objeto de consumo, são tanto mudanças ruins como males que permanecem. O enfrentamento dessas problemáticas no contexto das práticas contraceptivas carece, portanto, de um debate renovado.

Este livro também nos traz uma reflexão sobre o aborto. Nessa área, tivemos avanços no campo social com a implantação dos serviços para os casos de aborto legal: risco de vida para as mulheres e gravidez resultante de estupro. Essa conquista está ligada, de maneira muito especial, à história de trabalho do Coletivo. No entanto, o movimento feminista tem um grande desafio ainda a realizar: a descriminalização desta prática. Esse é um objetivo que, em primeiro lugar, visa garantir um direito de cidadania às mulheres, mas é também um desafio para o processo de democratização da sociedade brasileira. E assim deve ser tomado como uma questão geral das organizações políticas e de outros setores que compõem a sociedade civil brasileira. Alimentar esse debate, trazendo novas luzes para ele, deve ser uma tarefa permanente do feminismo.

Falar da maternidade como lugar de prazer e de desejo e colocá-la no campo da responsabilidade social, isto é, como algo que tem de ser socialmente garantido, é, sem dúvida, uma maneira de repensar o mundo. Recuperar a história da luta por este ideal é um discurso que indica novos caminhos e ao mesmo tempo restaura a esperança da transformação social. Na sociedade em que vivemos a maternidade é tão idealizada quanto relegada. Para muitas mulheres é uma experiência solitária e dolorosa. O feminismo trouxe consigo a crítica à maternidade como único lugar de realização das mulheres, e ao fazer isso abriu os caminhos para sua transformação e a inclusão no campo da cidadania. Essa é uma luta que ainda tem muito caminho a percorrer. Portanto, ler a sua história é uma forma de realimentar o seu sentido.

Este livro nos leva também às questões da violência de gênero como um problema de saúde. Este é um terreno que precisa de muito investimento e sobre o qual o Coletivo tem se debruçado, tanto no sentido de fomentar a ação política quanto de produzir novas formas de pensar e tratar a questão. Faz pouco tempo que essa violência foi desnaturalizada, colocada como um problema social. O seu desvelamento impõe urgências e necessidades para a assistência à saúde que não estavam configuradas como temas dessa área, e coloca em primeiro lugar as tremendas conseqüências desta violência sobre a saúde física e mental das mulheres.

Saúde integral versus saúde reprodutiva e sexual é um tema que não poderia faltar neste livro. Para esta questão, o Coletivo tem trazido uma grande contribuição no debate público em torno da assistência integral à saúde da mulher. É preciso realimentar a reflexão por duas razões: primeira, são passados dezessete anos do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, formulado pelo Ministério da Saúde que se inspirou nas questões do feminismo. O debate em torno da saúde reprodutiva e de sua centralidade teve alcance internacional nas conferências da ONU sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da Mulher (Pequim, 1995). Segunda razão, o debate torna-se ainda mais necessário em função dos desvios que aconteceram nesta trajetória e visaram justamente restringir os significados de todos os conceitos que reconfiguram e ampliam o sentido da cidadania. Por isso, temos aqui um texto para nos inspirar a retomada deste debate.

Esse livro, tão bom quanto necessário, é mais uma obra do Coletivo. Fruto de uma trajetória em que as práticas educativas, as ações políticas e a produção do conhecimento formam uma combinação permanente no cotidiano do trabalho.

HISTÓRIA DO COLETIVO

O feminismo e o movimento de mulheres pela saúde

Equipe do Coletivo

Contar a história do Coletivo e do movimento de mulheres pela saúde é recuperar uma parte importante da história do feminismo. Para as feministas, o direito à saúde vai muito além da cura da enfermidade, pois esse direito implica em bem-estar físico, emocional e mental da pessoa. A saúde influi e é condicionada por todos os aspectos de nossas vidas, ela é assegurada pela alimentação, educação, habitação e trabalho. Portanto, não podemos conceber a saúde da mulher como algo desvinculado do seu papel dentro da sociedade e de sua esfera íntima.

As mulheres, em seu processo de tomada de consciência, transformam os problemas pessoais e individuais em assuntos políticos. Quando examinamos nossas próprias vidas, começamos a analisar e a questionar as estruturas sociais que nos oprimem. Ao entendermos essas estruturas, podemos organizar ações para neutralizar as opressões.

Nesse processo de questionamento, as mulheres começaram a desmistificar o exercício da medicina em geral e da ginecologia em particular. Partindo da constatação de que a relação do médico com a paciente era autoritária e as práticas desumanizadas, as mulheres começaram a formar grupos de aprendizagem do autocuidado e de troca de experiências sobre a saúde.

Os primeiros grupos surgiram nos Estados Unidos, nos anos 70, se estendendo, logo depois, para a Europa, a América Latina e o Caribe.

As primeiras ações dos grupos

As primeiras ações foram de denúncia de um estado de coisas, no campo da saúde, que oprimiam as mulheres e outros excluídos.

As feministas tomaram da caneta e desmascararam velhos mitos, como o do orgasmo vaginal. Afirmaram que o amor sexual entre mulheres não era uma doença, mas, sim, uma opção.

Denunciaram que o controle da população, sob a máscara da liberdade de reprodução, era a principal motivação para pesquisa e desenvolvimento dos métodos contraceptivos. Levaram a público que muitas mulheres do Terceiro Mundo estavam sendo usadas como cobaias em pesquisas de alta tecnologia para o controle da natalidade. E mais, que o emprego desses métodos, assim como o da esterilização de mulheres, eram usados por muitos governos como forma de controle populacional.

No campo da indústria farmacêutica, as mulheres organizaram campanhas contra drogas perigosas, como o Depo-Provera. Lutaram, sobretudo, contra as políticas dos laboratórios, que obedecendo às leis de lucro, exercem influência na definição dos serviços de saúde.

As feministas investigaram a pílula e os diversos dispositivos intra-uterinos, denunciando seus riscos. Exigiram que as mulheres fossem informadas sobre os riscos e vantagens de cada método.

Lutaram pela descriminalização do aborto, que além de um direito de escolha da mulher, por ser proibido, no Brasil e em muitos outros países, é uma importante causa de mortalidade materna. Apontaram que a gravidez e o parto em condições de risco podem levar à morte ou a questões de morbidade.

Listaram novas preocupações, que influenciam a saúde direta e indiretamente, como nutrição, saúde mental, sobrecarga de trabalho etc.

Em síntese, os objetivos do movimento de mulheres pela saúde foram e seguem sendo o de recuperar o conhecimento das mulheres, denunciar a expropriação e o controle do corpo feminino e alcançar uma participação ativa na formulação e implementação das políticas de saúde.

Como conseqüência dos trabalhos desses grupos germinais, a América Latina e o Caribe contam, hoje, com uma forte organização das mulheres em torno da saúde, dos direitos reprodutivos e sexuais. Redes de saúde, publicações, simpósios, seminários, corços e ações políticas pipocam por todo o continente.

Mulheres e saúde no Brasil

Surgido nos anos 70, o movimento de mulheres pela saúde apresenta um alto nível de organização e de articulação. Um momento emblemático foi a realização do 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, em 1984. No evento, estiveram presentes mais de setenta grupos de mulheres de todo país, resultando na elaboração do primeiro documento público — a *Carta de Itapecerica* — com as reivindicações das mulheres para a saúde.

Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde implementou o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher*, Paism, que objetivava criar ações dirigidas às mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. O movimento de mulheres estava fortalecido com os princípios da *Carta de Itapecerica*, que reivindicava, entre outras questões, que o Paism atendesse a todas as faixas etárias, contemplando, assim, todos os momentos de vida da mulher. A reivindicação acabou por ser aceita, o que representou incontestável vitória para o movimento.

Muitos outros avanços ocorreram e podemos dizer, neste início da década de 2000, que o movimento de mulheres pela saúde encontra-se bastante organizado. Essa organização se traduz no número de grupos e na participação em vários mecanismos de decisão de implementação das políticas públicas. A criação, em 1991, da *Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos* — atuante em 21 estados brasileiros — dá a dimensão do grau de organização.

A participação das mulheres nos movimentos pela saúde sempre foi propositiva e crítica, tentando fazer valer as principais reivindicações e atentando para as questões fundamentais colocadas pelas conferências das Nações Unidas, como a IV Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994, no Cairo) e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995, em Pequim). Lembrando que ambas as conferências foram pautadas por reivindicações fundamentais dos movimentos de mulheres.

O surgimento do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

Dentro do contexto da criação de grupos de mulheres lutando pela saúde e pelos direitos reprodutivos e sexuais, surge em 1981, na cidade de São Paulo, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, que teve como fundadoras Elisabeth Souza Lobo, Maria José de Oliveira Araújo e Maria Tereza Verardo.

A proposta inaugural girou em torno do resgate da saúde como uma questão de direito das mulheres, e da compreensão de que as questões pessoais são questões políticas.

Os primeiros trabalhos do Coletivo realizaram-se em sindicatos, associações de bairro e outras entidades, situados na periferia e municípios vizinhos de São Paulo: Grajaú, Carapicuíba, Santa Isabel, Guarulhos, entre outros. Os cursos de sensibilização para questões da saúde da mulher estavam dirigidos para multiplicadores.

O objetivo principal dos cursos era que, de posse de informações, as mulheres refletissem sobre corpo, saúde, contracepção, maternidade e, assim, se organizassem para melhorar suas condições de vida e passassem a participar da vida da comunidade e dos espaços públicos.

O Coletivo, ao receber várias solicitações para a criação de cursos, decidiu desenvolver um trabalho de formação de mulheres que se tornassem aptas a multiplicar a proposta. Como resultado desses cursos, o Coletivo publicou o caderno *O Prazer é Revolucionário* e elaborou outros materiais educativos referentes aos temas trabalhados.

Com a evolução desses trabalhos, as ativistas do Coletivo sentiram a necessidade de aprender ainda mais sobre as questões concernentes à saúde da mulher.

Nasce o ambulatório

Ao longo do processo de maturação do Coletivo, suas integrantes perceberam a necessidade de sistematizar as experiências e criar um espaço em que a teoria e as reflexões pudessem ser aplicadas. Como inspiração para a criação do ambulatório, havia também a experiência vivida por Maria José de Oliveira Araújo no *Dispensaire des Femmes*, em Genebra. Ao voltar ao país, Maria José percebeu que o movimento de mulheres pela saúde estava maduro para criar um ambulatório, que colocasse novos paradigmas de atendimento às mulheres.

Aceita a proposta de criação do ambulatório, começou o processo de formação e capacitação entre as próprias participantes, desde exercícios práticos até discussões acerca das questões que envolviam a saúde, os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Essas discussões foram amplas e contaram com pessoas de várias áreas, isto é, profissionais de saúde, mulheres da universidade, mulheres dos movimentos de base, intelectuais etc.

O ambulatório finalmente foi aberto em 1984.

Parcerias & etc

O Coletivo tem realizado importantes parcerias em São Paulo e em vários estados brasileiros. Uma parceria muito importante é com a universidade — onde o caminho é de ida e de volta, ou seja, de alimentação recíproca.

Dois exemplos concretos de parceria são uma pesquisa realizada com o Cemicamp, sobre o uso do diafragma, e a parceria realizada com o Departamento de Medicina Preventiva da USP, em torno da

capacitação de profissionais de saúde para o atendimento à mulher em situação de violência sexual e doméstica.

O Coletivo também prestou e presta consultorias para várias prefeituras, como as de Porto Alegre, Goiânia, São Paulo, Santos, São José dos Campos, Cuiabá.

A história do Coletivo é uma história política

A história do Coletivo está diretamente ligada ao avanço e à organização das mulheres em torno da saúde e dos direitos reprodutivos e sexuais. E, principalmente, com a necessidade da criação de um espaço, no qual as usuárias, de fato, pudessem ser ouvidas e tivessem outro tipo de atendimento. Um espaço de produção de novas práticas e de desenvolvimento de novas tecnologias na área da saúde da mulher.

Enfim, um centro no qual usuárias e trabalhadoras do Coletivo pudessem aprender uma nova relação, diferente da relação hierarquizada que as mulheres tradicionalmente encontram no atendimento dos serviços públicos e privados de saúde.

Claro que o Coletivo não tem, nem nunca teve, intenção de substituir o Estado no atendimento às mulheres, mesmo porque isso seria impossível. A proposta é oferecer um novo modelo de atendimento.

Sua principal meta é que as usuárias, que passam pelos seus serviços, sintam-se satisfeitas em suas demandas. E que o modelo de atenção à saúde da mulher, criado pelo Coletivo, possa ser aproveitado em outros espaços, e que sejam os mais amplos e diversos possíveis. Este modelo prova que é possível romper com a relação hierarquizada, com a forma biologicista e individualista de enxergar a mulher dentro da consulta ginecológica.

Portanto, é um modelo político, pois se insere em um contexto mais amplo. Ele propõe uma intervenção positiva e propositiva nas políticas públicas de saúde, direitos reprodutivos e sexuais da mulher. É político, também, ao criar novos conceitos e fomentar novas tecnologias.

O Coletivo tem trabalhado, ao longo dos anos, com a promoção de cursos, debates, seminários, com a promoção de programas de capacitação e também com a produção de artigos, manuais e livros.

Assim, o Coletivo vem contribuindo para a melhoria da saúde da mulher brasileira, por meio da participação nas políticas públicas, ao apresentar um modelo possível de ser reaplicado. O Coletivo vem demonstrando na prática que, com pouco dinheiro, desejo político e pessoas capacitadas, é possível reverter, em nosso país, o difícil diagnóstico da saúde da mulher.

SAÚDE INTEGRAL, REPRODUTIVA E SEXUAL DA MULHER

Redefinindo o objeto de trabalho a partir do conceito de gênero e da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento

*Wilza Villela**

É difícil definir com exatidão o que seja saúde. Mais fácil é descrever as práticas sociais que se organizam em torno de sua idéia, buscando compreender seus determinantes e os sentidos que esta idéia assume para diferentes grupos, populações e períodos.

Podemos afirmar que hoje, para a maioria das pessoas, a idéia de saúde é profundamente relacionada ao consumo de diferentes tipos de tecnologias, incluindo aí cuidados profissionais especializados. Ao mesmo tempo, devemos considerar que os termos “mulher”, “reprodução” ou “sexo”, em torno dos quais se articulam uma série de práticas sociais, não se referem a objetos fixos e constantes, cujos valor e significado são intrínsecos e imanes. “Mulher”, “reprodução” e “sexo” são termos que descrevem objetos-funções cujos valores e significados têm variado ao longo da História.

A distinção entre “saúde da mulher”, “saúde reprodutiva” e “saúde sexual” não repousa apenas na referência ao suposto objeto ou função que direciona a ação. Na medida em que “mulher”, “reprodução” ou “sexo” não são objetos naturais, mas sim culturalmente construídos e transformados, a emergência de cada um destes termos no vocabulário de indivíduos envolvidos com a conquista de autonomia das mulheres tem uma historicidade e marca o posicionamento ativo de muitas mulheres na construção dessa história. A proposição “saúde integral da mulher”, por exemplo, visa tomar as mulheres como sujeitos e não como objetos reprodutivos, surgindo para se contrapor à idéia de saúde materno--infantil. A formulação “saúde reprodutiva”, que vai suceder a proposta de saúde integral da mulher, assinala, no espaço das práticas de saúde, a idéia da reprodução como direito e não como dever. A proposta de saúde sexual busca incluir o exercício livre da sexualidade como elemento fundamental da autonomia feminina. Neste sentido, a idéia de “saúde sexual” englobaria as anteriores, tanto quanto demarcaria uma mudança de olhar e de perspectiva em relação às mulheres, como sujeitos físicos e sociais.

Este texto busca, de maneira sucinta, refletir sobre algumas das tensões e ambigüidades envolvidas na elaboração e circulação das propostas de saúde integral, reprodutiva e sexual, e apontar alguns desafios que essas recentes transformações em nosso objeto de trabalho colocam hoje, para ativistas e profissionais de saúde.

As mulheres e a saúde

O entendimento de saúde como resultado de uma ação médica é relativamente recente. Pode-se mesmo afirmar que até dois ou três séculos atrás não havia a idéia de saúde como algo a ser buscado. A saúde estava dada, e sua manutenção não era objeto de reflexões ou práticas específica, sendo uma consequência natural da observância das regras morais, ética e de convívio vigentes. As práticas de cura, leigas ou não, eram voltadas para indivíduos doentes; não havia entre elas e a idéia de saúde a íntima superposição que temos hoje, em particular nas propostas voltadas para a prevenção das doenças (Sayd, 1998).

Mais recente ainda é o entendimento da saúde como resultado de uma ação técnica específica sobre corpos diferenciados, no caso, o das mulheres. O processo histórico-social, que configura a possibilidade de pensarmos em “saúde da mulher” e estabelecermos uma imediata relação disso com cuidados profissionais, oferta de serviços e acesso a insumos específicos, é relacionado ao processo de urbanização, de industrialização e à mudança do modo de produção feudal para o capitalista. Tendo sido este processo descrito exaustivamente por diferentes autores¹, vale lembrarmos que a idéia de uma saúde das mulheres surge como estratégia para lidar com a parturição e os nascimentos e tem sucesso na medida que atende a interesses do Estado e também das mulheres (Weitz, 1998).

É sabido que, com a revolução industrial e o início de consolidação do capitalismo, há necessidade de um crescimento populacional acelerado para dar conta das demandas de produção e consumo de mercadorias. Ao mesmo tempo, o parto e a vida sexual e reprodutiva das mulheres em geral são extremamente dolorosos e arriscados, havendo um alto percentual de óbitos maternos e infantis e ainda de complicações decorrentes da prática sexual (gestações repetidas, doenças sexualmente transmitidas e demais agravos de saúde).

É o processo de medicalização dos nascimentos que consolida o campo da “saúde materno-infantil”, entendida como ações dirigidas às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, que têm como objetivos básicos garantir a saúde do bebê e prevenir a morte materna. Até hoje, grande parte das ações de saúde coletiva que ocorrem nas unidades básicas de saúde no Brasil são inspiradas na proposta de atenção materno-infantil.

As críticas feministas aos programas materno-infantis questionam seu recorte, a partir do qual a mulher e seu corpo são reduzidos ao exercício da reprodução biológica. É argumentado que as mulheres têm necessidades de saúde específicas e que mulheres e corpos femininos são mais do que fábricas e reservatórios de bebês.

A proposta de atenção à saúde integral da mulher aponta para a ampla gama de necessidades nesta área, além das imediatamente reprodutivas, que pretende situar a mulher como sujeito e não como objeto reprodutor. Busca também problematizar as condições sociais de desigualdade que configuram o cotidiano das mulheres como determinantes no processo de produção das suas queixas, patologias, mal-estares e modos como se relacionam com estes agravos. Além disso, faz uma crítica ao modelo de oferta de ações em saúde, altamente medicalizado e medicalocêntrico, entendendo que este modelo reproduz os esquemas de dominação sobre as mulheres e as mantém alienadas dos seus corpos e das suas necessidades como sujeitos.

A proposta de saúde integral da mulher está baseada, portanto, nas premissas sobre a determinação social do processo saúde e doença e na perspectiva do gênero, organizador social que dá suporte à desigualdade entre mulheres e homens. As ações derivadas desta proposta deveriam incluir o reconhecimento do impacto da subordinação sobre a saúde e a busca de modos de romper com esta situação. Neste sentido, é dada grande ênfase às práticas educativas visando o autoconhecimento e às questões de saúde mental, a partir do reconhecimento de que grande parte do sofrimento psíquico feminino está relacionado às pressões que a cultura de gêneros exerce sobre as mulheres (Vilella, 1992). A proposta de atenção integral à saúde da mulher implica ainda na articulação entre os diferentes setores e níveis de assistência, o que, na prática, tem sido um dos grandes entraves à sua operacionalização. Ao mesmo tempo, é o discurso crítico aos programas de atenção materno-infantil que dará suporte à disseminação da contracepção.

As mulheres e a reprodução

Durante os últimos séculos, a ordem dada às mulheres era reproduzir. Mas o sentido da ordem se inverte ao longo deste século. A partir dos anos 50 passa a haver um enorme esforço no sentido de limitar o número de filhos por mulher, especialmente nos países pobres. Baseados nas teorias de Malthus, que apontam que o rápido crescimento populacional pode levar o mundo à escassez de alimentos, gerentes e gestores nacionais e internacionais começam a pressionar governos para que fossem estabelecidas políticas que desestimulassem a reprodução. Esses interesses macroestruturais vão ao encontro da aspiração de muitas mulheres de poder contar com meios de regulação de fecundidade, em particular no momento de expressiva absorção da mão-de-obra feminina pelo mercado de trabalho. Assim, nos serviços de assistência às mulheres, ao lado de ações de assistência à gravidez, parto e puerpério, começa a haver distribuição de contraceptivos. No Brasil e em muitos outros países, a proposta de atenção integral à saúde da mulher se concretiza, na prática, pela incorporação da anticoncepção à atenção materno-infantil. O foco, portanto, ainda é a reprodução.

A rápida disseminação dos programas de controle da fertilidade implementados nos países pobres e as altas taxas de mortes evitáveis causadas pelo descaso na oferta dos demais cuidados de saúde, além dos contraceptivos, instigam o movimento internacional pela saúde das mulheres na busca de novas propostas. Neste contexto surge o conceito de saúde reprodutiva, apontando para o conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde. A idéia de saúde reprodutiva busca romper com a idéia de reprodução como um dever, ou destino feminino, para situá-la como um direito. Entendida como um direito humano básico, a reprodução (sem riscos ou coerções, é evidente) deve estar garantida pelos Estados e Governos.

Como nos momentos anteriores, os interesses distintos das mulheres e dos gestores políticos convergem para soluções muito próximas, já que existe, por parte dos grandes gerentes internacionais, o interesse de integrá-las ainda mais aos processos de produção e consumo, inclusive de medicamentos.

As mulheres e o sexo

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) torna-se um marco no processo de negociação entre movimentos organizados de mulheres, governos e financiadores. Precedida por um processo longo de discussões e articulações, a CIPD consagra a diretriz de que a saúde reprodutiva se referencia nos princípios dos direitos humanos, de modo que a questão da reprodução não pode ser tomada de forma isolada e sim num contexto de políticas de desenvolvimento (Nowrojec, 1994).

É impossível pensar saúde reprodutiva sem o exercício dos direitos reprodutivos. Neste sentido, a agenda para garantir a saúde reprodutiva das mulheres deveria incluir:

- Respeito às decisões reprodutivas das mulheres, que implicam na disponibilidade de informações corretas e de boa qualidade a respeito das alternativas referentes à reprodução biológica: ter ou não filhos, quando, com quem, como evitá-los, ou criá-los.
- Serviços que respeitem a decisão da mulher e que disponham dos recursos necessários para garantir a viabilização da sua escolha.
- Estímulo à responsabilização dos homens pelos seus atos sexuais e a incorporação destes em atividades e ações que promovam a saúde reprodutiva.

Uma das grandes críticas aos acordos estabelecidos no Cairo é a ambigüidade com que foram tratadas as questões referentes à sexualidade e ao aborto. Em relação a este último, ponto de tensão entre as feministas e quase todas as igrejas, a solução foi pela omissão do termo nos documentos finais oficiais da Conferência, embora a formulação sobre a “garantia da livre escolha da mulher a respeito de ter ou não ter filhos” implique

na não condenação dos países que permitem a interrupção da gravidez e reenvie a questão do aborto para cada contexto nacional.

Em relação à sexualidade, inicialmente havia uma polêmica sobre a necessidade de uma referência explícita, pelo acréscimo do termo “sexual”, resultando na fórmula “saúde reprodutiva e sexual”. Outros apontavam que a idéia de saúde reprodutiva já englobava os processos patológicos relacionados ao exercício da sexualidade. De fato, o que estava em jogo era a possibilidade de o desfrute sexual ser assumido como um direito das mulheres, mesmo as que não querem reproduzir ou as que têm relações sexuais com outras mulheres. Isto em contraposição a uma postura de subordinar a sexualidade à reprodução, medicalizar a atividade sexual, tomando-a como mais um risco para aquisição de doenças ou gravidez indesejada, e normatizar o sexo com formulações sobre sexualidades “normais” e “patológicas”.

Só em 1996 é apresentada, por um organismo de importância do cenário internacional (IPPF – International Planned Parenthood Federation), uma definição de saúde sexual que busca uma autonomia da sexualidade em relação à reprodução e não se restringe a aspectos meramente higiênicos. Nesta formulação, saúde sexual é entendida como:

- Capacidade de desfrutar e ter controle sobre a vida sexual e reprodutiva, de acordo com os limites éticos individuais.
- Estar livre de constrangimentos como medo, vergonha, culpa, idéias falsas e preconceitos que inibam o desfrute da atividade sexual.
- Estar livre de doenças, deficiências e desordens que impeçam o desfrute da vida sexual e o exercício das funções reprodutivas.

As ações voltadas para a saúde das mulheres

Como apontamos no início, os conceitos e idéias sobre os fatos da vida, revelam sínteses entre necessidades e possibilidades sociais a cada momento. Assim, as mudanças nos modos de formular o objeto das práticas em saúde da mulher refletem, simultaneamente, as novas necessidades de saúde geradas pela rápida transformação social e econômica que ocorre em todo o mundo, e também as mudanças que estas transformações propiciaram no papel social da mulher.

Colocar a autonomia sexual da mulher no centro das propostas de saúde reprodutiva, é, sem dúvida, um avanço na conquista da cidadania das mulheres. Resta pensar como incorporar este avanço às práticas de saúde que, concretamente são implementadas nos serviços. As questões são as seguintes:

Os avanços obtidos no Cairo e nas formulações sobre saúde sexual nos permitem enfrentar que desafios?

É possível incorporar a dimensão da sexualidade, a questão da violência e seus impactos sobre a saúde às práticas de saúde e ainda redefinir pressupostos e conteúdos das ações em saúde mental, de modo a ocupar espaços que têm sido abertos nos últimos anos?

A proposta de saúde integral da mulher e de sua operacionalização através de um programa tem uma notável influência no Brasil, contrastando com as propostas da “saúde reprodutiva” e “saúde sexual” cuja origem e motivação se dão em contextos distintos do nosso. Assim, nos parece possível pensar em modos de atuação em saúde da mulher que guardem a perspectiva da integralidade, mas que se alimentem da vocação emancipatória que inspira as idéias de saúde reprodutiva e saúde sexual.

Mais do que uma síntese conciliatória, uma proposta desta natureza seria uma tentativa de enfrentamento de problemas que se avolumam e se interpenetram, obstaculizando a conquista da saúde, cidadania e qualidade de vida para as mulheres, como, por exemplo:

- Aumento da pobreza em todo o mundo e os impactos da pobreza sobre a saúde e a vida das mulheres.
- A privatização e sucateamento do setor saúde, que o isola dos demais setores da economia e dificulta o acesso das mulheres a serviços de boa qualidade.
- A crescente confusão entre qualidade dos serviços e grau de incorporação tecnológica.
- Marketing agressivo das novas tecnologias médicas, especialmente aquelas voltadas para a eterna juventude e o embelezamento a qualquer preço.
- A persistência de antigos problemas, como uma assistência digna ao parto, e emergência de novos problemas, como a AIDS, o câncer de mama e a morte precoce de mulheres por problemas cardiovasculares.
- O crescimento da violência, que atinge direta e indiretamente as mulheres, com impactos mensuráveis sobre sua saúde física e mental.
- A crescente transformação do sexo em bem de consumo.

Discutir cada um destes desafios e os modos de enfrentá-los foge aos objetivos deste texto. Entretanto, vale a pena lembrar que nenhum deles pressupõe uma ação apenas no âmbito das políticas ou dos serviços. Nossa aposta para os tempos que virão é articular o fazer político com o fazer técnico, articular intervenções diretas sobre os corpos das mulheres com intervenções sobre as mentalidades e os costumes, construir uma prática de saúde compro-metida com a transformação da sociedade, no sentido do bem para todas e todos.

Bibliografia

- HEYZER, Noelfen. *The Balancing Act – Population, Development and Women in an era of globalization*. In *International Lecture series on Population Issues*. The John D. and Catherine T. Macarthur Foundation. New Delhi, India. 1996.
- NOWROJEC, Sai. *População e direitos reprodutivos*. Perspectivas Feministas do SUL. REDE DAWN-MUDAR. Rio de Janeiro. 1994.
- PETCHESKY, Rosalind. *Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional*. In BARBOSA e PARKER (org) *Sexualidades pelo Avesso*. IMS/UERJ. Editora 34. São Paulo. 1999.
- SAYD, Jane Dutra. *Mediar, medicar, remediar – Aspectos da terapêutica na medicina ocidental*. EDUERJ. Rio de Janeiro. 1998.
- VILLELA, Wilza. *Mulher e saúde mental – Da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina*. Tese de Doutorado. Mimeo. FMUSP. São Paulo. 1992.
- WEITZ, Rose. *The Politics of Women's Bodies - Sexuality, Appearance and Behavior*. Oxford University Press. New York (ed.). 1998.

O PAPEL DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS

Como a questão educativa é encarada no Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde

*Maria José de Oliveira Araújo**

Desenhando a estrutura

Após um estágio que realizei em um ambulatório na Suíça, que contava com excelentes condições técnicas e de recursos humanos, voltei com a idéia de implementar um ambulatório feminista. Na época, algumas companheiras, também interessadas na criação de um ambulatório feminista, diziam que a proposta era muito avançada para a nossa realidade e questionavam se seria possível concretizá-la. Eu respondia que sim, apesar da consciência das dificuldades e sabedora do desafio que seria realizar um trabalho desse gênero no Brasil, sobretudo levando em conta a nossa ambição, que era a de criar um atendimento integral de saúde da mulher com uma visão mais holística e humanizada.

Em 1984, havia cerca de dezesseis mulheres — entre sociólogas, jornalistas, nutricionistas, agentes de saúde — envolvidas no processo de criação do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Elas foram treinadas pelas médicas brasileiras Maria José de Oliveira Araújo e Simone Grilo Diniz, pela paramédica americana Melodie R. Venturi e por Rosangela Gramoni do ambulatório da Suíça.

Para o treinamento, foram criados — a partir de livros médicos tradicionais — materiais específicos sobre o corpo da mulher. O objetivo era escapar de uma linguagem especificamente médica, articulando uma linguagem acessível a todas. Por exemplo, no tocante às lições de anatomia, escrevíamos um texto direto e explicativo sobre onde o útero se localiza, sobre o funcionamento do ovário, o que eram os hormônios e assim por diante.

As aprendizes passavam por consultas que incluíam o auto-exame de mamas e do aparelho genital, além de técnicas simples de avaliação da saúde, tais como medida da pressão arterial e leitura de lâminas da secreção vaginal. A capacitação também incluía consultas entre nós mesmas, nas quais havia sempre uma médica, uma não médica e uma mulher que se dispunha a ser examinada. A partir daí, as aprendizes estavam aptas a realizar e ensinar o exame de mamas, tocar o útero e os ovários. Também seguíamos com a discussão de casos e grupos de estudos.

Depois de um ano de treinamento, o ambulatório passou a receber nossas amigas para consultas, e com elas o processo de aprendizagem continuava. As médicas sempre entravam na sala de consulta com uma trabalhadora não médica, perseguindo uma idéia muitíssimo corajosa de dividir o saber e o poder. E durante todo o tempo, tínhamos nossa linha de trabalho extremamente clara.

Nesse processo educativo, a questão do poder médico sempre foi questionada. A intenção de não exercer o poder de forma tradicional sobre as usuárias refletia-se de várias formas. Por exemplo, até hoje, a consulta é feita em uma cama normal e não em uma mesa ginecológica. Normalmente, usamos a cama cheia de almofadas, na qual são feitos todos os exames — o de mama, o toque do útero e a coleta do papanicolaou. No Coletivo, a mesa ginecológica só é usada para a colocação do DIU ou para outra intervenção mais complicada. Para nós, a posição tradicional em que a mulher fica durante o exame ginecológico, já demonstra a relação negativa médico versus a “paciente”.

Após dois anos desse processo, a estrutura inicial do Coletivo estava desenhada. Algumas mulheres ficaram no apoio do processo e outras passaram a trabalhar diretamente no ambulatório.

Compartilhando experiências

O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde concebe a questão educativa como um princípio que perpassa toda a sua prática e como uma questão de desenvolvimento humano, pois ela capacita para a mudança. Entendemos que o atendimento é também uma troca de experiência entre a vivência das usuárias e das pessoas que realizam o atendimento.

Dentro do Coletivo, seja nos grupos educativos, seja nos seminários e nas consultas individuais, a proposta é valorizar a experiência das pessoas, abrindo mão de uma postura arrogante de quem pensa que detém o poder e o único conhecimento. Todas as mulheres que vêm até o nosso serviço, sem exceção, têm uma experiência e uma realidade de vida peculiares, que precisam ser levadas em consideração. Claro que valorizamos o conhecimento que adquirimos nos nossos locais de formação e com outras mulheres e sabemos muito bem o nosso ofício, mas a experiência das usuárias também é fundamental para o nosso aprimoramento.

No Coletivo, ajudamos as mulheres a escolher, a refletir e a exercer sua autodeterminação. Não impomos idéias, mas informamos e colocamos à disposição das usuárias ferramentas para que possam ter conhecimento do corpo, dos princípios de uma alimentação saudável, da prevenção de doenças, das opções sexuais e reprodutivas. A partir daí, elas passam a ser sujeitos ativos na consulta, tanto no Coletivo, quanto na rede pública e privada de saúde.

A educação em saúde abarca mais do que transmissão de conhecimentos. Ela dá uma contrapartida da experiência. Ensinar às mulheres não o que é certo ou errado, mas o que é melhor dentro da realidade de vida delas. Assim, damos a conhecer as possibilidades de tratamentos: como funcionam, quais os efeitos colaterais, as vantagens e desvantagens de cada caminho. Com essas informações, elas exercerão o direito de escolher o que é melhor para elas.

Ética, competência e metodologia

O Coletivo se pauta por princípios éticos e por responsabilidades. Se uma mulher nos pede algo não compatível com nossa ética pessoal ou não compatível com os princípios do Coletivo, a resposta é não. Nossa contribuição é ajudar a usuária a descobrir suas potencialidades e se co-responsabilizar nas decisões. Com essa postura, de forma alguma, fugimos de nossas responsabilidades como profissionais de saúde. Ao contrário, nosso trabalho é pontuado por uma excelente qualidade técnica e por relações humanas de respeito à diversidade das pessoas.

Esta metodologia, inovadora na forma de oferecer serviços de saúde, fomenta a criatividade das pessoas e seu sentido crítico em relação às práticas existentes. Também ajuda a mulher a pensar e a aprofundar o conhecimento e a reflexão sobre si mesma. No atendimento a mulheres em situação de violência sexual e doméstica, ajudamos a que ela melhore sua auto-estima e, assim, descubra saídas para a situação em que está vivendo.

A maioria das usuárias do Coletivo tem poucos anos de educação formal, e, portanto uma menor habilidade de ler e escrever. Diante disso, temos criado mecanismos facilitadores para que cada usuária entenda todas as informações, tanto nas consultas, quanto nos grupos educativos. Por exemplo, para ensinar o auto-exame de mamas, usamos um espelho, pois quando a paciente se olha, assimila a técnica mais facilmente. Usamos também o espelho para que ela veja como é o colo do útero. Ao ver o próprio útero, acaba a fantasia de que ele é um buraco, ou uma coisa misteriosa.

As mulheres precisam de muito pouco para se conscientizarem. Muitas vezes, uma mulher participa de um grupo de reflexão, por apenas dois meses, e já é capaz de dar um salto de qualidade em sua vida. É admirável como algumas conseguem romper com problemas antigos de opressão e violência, mesmo tendo poucos instrumentos.

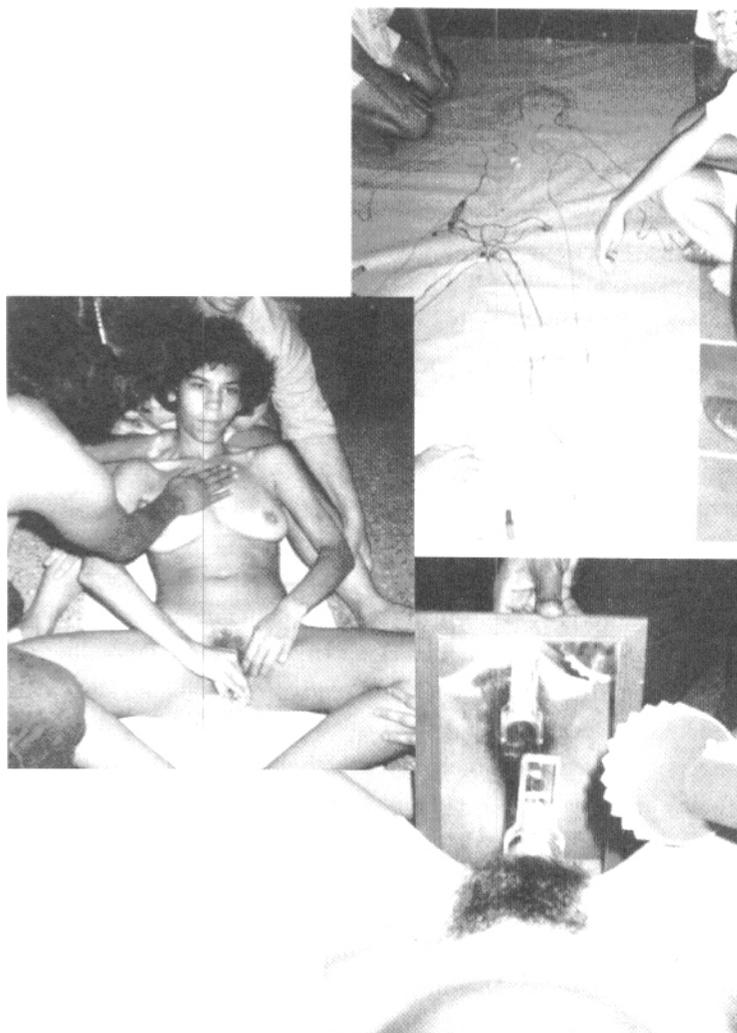


Fig. 1, 2 e 3 – Momentos de uma Oficina de Auto-Exame dos grupos educativos

Muitas mulheres vêm ao Coletivo e falam que não agüentam ficar em casa, que querem exercer alguma atividade pública, mas que o marido não deixa. Dizem que precisam trabalhar por questões

econômicas e para se sentirem valorizadas como pessoas etc. Nós trabalhamos essa questão também, tentando mostrar que elas podem lutar para realizar esse desejo.

Muitas mulheres acabam descobrindo novas possibilidades e passam a ter com o parceiro outro poder de negociação como, por exemplo, o do uso da camisinha, sua saída para o trabalho e uma série de outras questões.

Enfim, o objetivo maior do processo é o de que a usuária possa lidar com seus valores e opiniões; possa refletir sobre seus problemas e sua vida; e o de que, a partir daí, venha a desenvolver suas capacidades, autonomia e auto-estima e, assim, adquirir recursos internos e externos para mudar o que achar necessário.

Formação de ativistas e profissionais de saúde

O Coletivo tem, entre as suas prioridades programáticas, a formação de Recursos Humanos. Esta formação engloba cursos, treinamentos e estágios na área de saúde da mulher, direitos sexuais e reprodutivos e na área de violência de gênero.

Para subsidiar esse trabalho, são desenvolvidos diversos materiais educativos e informativos, todos com linguagem acessível para que possam ser aproveitados pelo maior número de mulheres.

Ao longo de sua existência, o Coletivo vem trabalhando novas metodologias para a área de formação e para o repasse de experiências. A equipe do Coletivo tem trabalhado com profissionais de saúde de secretarias estaduais e municipais do país afora. Tem contribuído com grupos de mulheres das regiões urbanas e rurais. Tem realizado seminários tanto no seu ambulatório, quanto em outras cidades brasileiras.

A nossa experiência como um Centro que desenvolve um novo modelo de atenção e novas tecnologias na área de saúde da mulher, nos credencia para sermos um Centro de Referência no atendimento a problemas de saúde — todavia pouco trabalhados pelos serviços públicos e mesmo pelos centros universitários.

Desenvolvemos atividades de capacitação no nosso ambulatório, pelo qual já passaram profissionais de saúde da rede pública e ativistas do movimento de mulheres do Brasil e de outros países.

Dois projetos de capacitação

Dentre as atividades de formação, consideramos que dois projetos são relevantes de serem relatados, pelo papel que cumpriram e cumprem na proposta geral do Coletivo.

O primeiro é o *Programa de Estágios em Centros Feministas que Desenvolvem Programas de Saúde Integral para Mulheres*, uma iniciativa da área de formação da *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*. Um dos principais objetivos deste Projeto foi a capacitação de mulheres ativistas do movimento e de profissionais de saúde da rede pública, em conteúdos teóricos e práticos de gênero e saúde. Tratou-se de um Projeto regional, que contou com a participação de importantes e históricas ONGs feministas, reconhecidas em toda a América Latina e o Caribe.

O Projeto foi coordenado pelo Coletivo, que também foi um dos seus centros de treinamento. Outros centros de treinamentos foram: SOS – Corpo Gênero e Cidadania (Recife); Sipam — Servicios Integrales para la Mujer (México, DF); Casa de la Mujer (Bogotá), Centro Feminista Flora Tristan (Lima) e Mujer-Ahora (Montevideo).

A duração do Projeto foi de três anos, nos quais passaram pelas instituições citadas, 62 mulheres ligadas à área da saúde no seu sentido mais amplo, provenientes da Nicarágua, Brasil, México, Peru, Colômbia, Uruguai, Chile, Argentina, El Salvador, Costa Rica, Bolívia e República Dominicana.

Na dinâmica do Projeto, brasileiras foram para o Peru, peruanas foram para o México, mexicanas vieram para o Brasil, e assim criou-se uma rede informal de troca de experiências e de conhecimentos práticos e teóricos que possibilitou às participantes uma mudança importante na prática profissional e até mudanças de vida. Muitas das participantes do Projeto não se consideravam feministas, mas ao longo do caminho foram se sensibilizando para os princípios do feminismo, da igualdade, da integralidade em saúde, da necessidade de um atendimento humanizado e do trabalho com mulheres em situação de violência. Em síntese, podemos dizer que este Projeto contemplou, sobretudo um processo de humanização de quem já estava no dia-a-dia com as mulheres.

A avaliação, realizada em março de 1999, com 25% das bolsistas, revelou que este tipo de estratégia é fundamental para o avanço da saúde da mulher e dos seus direitos reprodutivos na América Latina e no Caribe. Compartilhar experiências, encontrar saídas e soluções entre pares, aprender com culturas e realidades distintas, possibilitou às bolsistas recomeçar em seus locais de trabalho, com novas perspectivas e formulações para melhorar a saúde de mulheres e de adolescentes.

O segundo projeto a ser citado é o *Programa de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência Sexual e Doméstica* — uma parceria do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde com o Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo – USP.

Esse segundo Projeto contempla três linhas de trabalho. A primeira ocorre no ambulatório do Coletivo, por meio dos atendimentos ginecológico e de saúde mental.

A segunda linha é a capacitação de profissionais de saúde, delegadas de polícia e ativistas dos grupos feministas para o atendimento às mulheres em situação de violência. Esta atividade engloba cursos de capacitação realizados, duas vezes por ano, no Departamento de Medicina Preventiva da USP. Os cursos, que duram dois meses e dão certificados de extensão, compreendem uma parte teórica e outra prática, com visitas aos centros que atendem mulheres em situação de violência. Atualmente, o Projeto contempla a realização de *Cursos Avançados de Capacitação* no tema dirigido às pessoas que realizaram os cursos básicos.

A terceira linha de trabalho refere-se à criação e atualização permanente de um *Guia de serviços a mulheres em situação de violência - Município de São Paulo*. O Guia — elaborado pelo Coletivo e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP — levanta todos os serviços de apoio às mulheres em situação de violência, desde delegacias, ONGs, serviços públicos, prontos-socorros, até casas-abrigo.

Todo o saber está na aprendizagem

O processo educativo do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde sempre teve como base o questionamento das práticas biologicistas, medicalizadoras e individuais, práticas às quais as mulheres são sujeitas até hoje. Os profissionais de saúde, em geral, são formados para serem os detentores da vida e da morte das pessoas. Tomam decisões sobre o corpo das mulheres, como retirar o útero ou os seios sem que elas sejam consultadas, medicalizar o parto etc.

Nós, do movimento de mulheres, do Coletivo, do ambulatório de Genebra tínhamos e temos a idéia de fazer algo completamente diferente, ou seja, de romper com antigas práticas que são agressivas e que, ainda hoje, seguem dominantes nos serviços de saúde. O exemplo mais banal desse tipo de prática é o da consulta

ginecológica, na qual a mulher fica em posição submissa sobre uma mesa ginecológica, ela nada vê e nem recebe explicação sobre o que está sendo feito com ela.

O processo educativo do Coletivo é permanente: suas integrantes se atualizam técnica e conceitualmente, por meio de cursos e intercâmbios com outros grupos de mulheres e com profissionais da rede pública.

Cada nova trabalhadora que ingressa no Coletivo passa, obrigatoriamente, por um processo de sensibilização em relação à nossa linha de trabalho. Geralmente, uma médica passa dois meses fazendo consultas juntamente com essa trabalhadora. Esse processo de sensibilização das novas integrantes é fundamental, uma vez que trabalhamos com abordagens que, em sua maioria, são completamente diferentes daquelas aprendidas nas faculdades.

As novas trabalhadoras passam por uma reciclagem para conhecerem os princípios do trabalho: como uma mulher deve ser atendida, qual o limite de poder de cada integrante do Coletivo etc.

Independentemente da nova integrante ser uma ginecologista com título de especialista, ela passará por este processo educativo. Às vezes, na época de seleção de novas profissionais, algumas candidatas falam: “eu acho o trabalho de vocês lindo, mas jamais conseguiria fazer um exame nessa cama, eu não consigo, não dá, não é a minha”. Ainda há uma certa resistência para esta nova abordagem, mas ao mesmo tempo é um desafio para aquelas que aceitam fazer parte do ambulatório.

O mais interessante do nosso trabalho é o retorno das usuárias. Elas dizem: “depois de ser atendida aqui, eu jamais vou aceitar que um médico faça comigo o que ele fazia antes”. Na verdade, elas têm muito mais capacidade e poder de exigir: “eu não quero que o senhor faça isso, quero que o senhor faça assim”, ou “o senhor está fazendo errado”. Assim, elas não se submetem mais a uma situação que as coloca como objetos, sem voz nem identidade.

Este processo ajuda as pessoas que vêm em busca dos serviços do Coletivo, e as profissionais. Trata-se de uma forma inovadora de ensinar aprendendo.

CUIDANDO DO PRAZER

Cuidando do prazer: do planejamento familiar à contracepção, e da autonomia das mulheres à responsabilidade compartilhada

*Simone G. Diniz**

Neste texto, buscaremos recuperar a trajetória do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em seu trabalho de oferecer opções contraceptivas para suas usuárias. Primeiro, vamos contar um pouco sobre o contexto político que norteou o trabalho quando abrimos o ambulatório em 1985.

Em seguida, falaremos do atendimento individual e em grupo de contracepção, da prioridade ao diafragma e dos treinamentos e pesquisas neste campo.

Por fim, descreveremos as mudanças em nossa demanda de usuárias e no perfil do uso de métodos, em especial no contexto da epidemia de DSTs e AIDS¹, e das perspectivas, limites e possibilidades trazidas por este novo contexto e pelos novos métodos, para o milênio que se inicia.

O movimento de mulheres: contracepção no contexto da atenção integral

Nos últimos trinta anos, o movimento de mulheres investiu especial atenção nas questões do corpo e da saúde — dimensões políticas centrais na luta pelo reconhecimento de sua condição de cidadãs e sujeitos éticos, capazes de decidir sobre suas próprias vidas. No Brasil, a partir do início da década de 80, o movimento tem tido um papel fundamental na crítica dos modelos de atenção à saúde e na proposição de alternativas, demonstrado na formulação e luta pela implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism).

Este programa surge num contexto em que duas propostas igualmente autoritárias estavam em disputa no cenário político. Em uma redução um tanto simplista, podemos dizer que enfrentávamos, por um lado, os natalistas, que se opunham aos programas de oferta de contraceptivos por acreditar que regular a fecundidade (em especial através dos anticoncepcionais “artificiais”, aí incluídos a pílula e o DIU²) era incompatível com a fé cristã ou com os interesses nacionais. Para muitos desta corrente, o aborto voluntário sequer deveria ser discutido, por tratar-se de crime. Por outro lado, havia os anti-natalistas, que defendiam que o crescimento populacional era uma ameaça ao desenvolvimento econômico e ao equilíbrio ecológico, portanto a regulação da fecundidade era um quase dever cívico das mulheres, independente dos custos para sua saúde ou seu bem-estar.

O questionamento trazido pelo movimento quis evidenciar o quanto cada uma destas perspectivas desconsiderava as mulheres como sujeitos capazes de decidir sobre suas vidas, seus corpos e sua fertilidade

— independentemente dos interesses alheios às suas necessidades como indivíduos, fossem esses interesses políticos, econômicos, religiosos ou da indústria farmacêutica. Nossa proposta passava por reivindicar o fim da tutela das mulheres pelo Estado, pela medicina ou pela igreja, como sujeitos morais com autoridade para decidir sobre suas vidas, através do conhecimento do corpo e das opções contraceptivas, e da escolha informada dos métodos. Neste contexto, democratizar a informação era uma peça central na promoção dos direitos das mulheres.

O conceito de integralidade proposto reivindicava a atenção para todas as fases da vida da mulher e às dimensões sociais e psicológicas da saúde, e incorporava os conceitos de ação programática da epidemiologia, assim como as idéias feministas sobre a assistência ao que viria a ser chamada saúde sexual e reprodutiva. Esta demanda, de que o Estado, por meio de suas políticas sociais — em especial as da saúde — incorporasse as reivindicações e perspectivas das mulheres, foi a frente central do trabalho escolhida pelo movimento.

As propostas trazidas pelo movimento foram fundamentais no questionamento da prática médica convencional e no estímulo a uma reflexão crítica sobre o papel dos serviços de saúde na manutenção da subordinação das mulheres, assim como na viabilização concreta de alternativas mais positivas nas esferas reprodutiva e sexual para as usuárias. Mais do que isto, este modelo teve uma grande influência na inspiração de outras experiências, na formulação de políticas públicas, na formação de recursos humanos e na articulação política do movimento de mulheres (Araújo & Diniz, 1994).

Estas experiências tiveram um papel importante na constituição de uma “cultura” sobre a saúde da mulher no discurso dos serviços de saúde pública, apesar dos grandes limites enfrentados. Mais do que suas reivindicações ao Estado — contidas neste programa — e baseado na demanda por democracia social e pelo direito à assistência à saúde, o movimento buscou, a partir da crítica ao modelo estabelecido, construir alternativas para a experimentação de novos modelos de atenção em serviços conduzidos pelas feministas, onde “pudéssemos passar da teoria à prática, mostrando que é possível construir uma atenção à saúde que considere a mulher como um ser humano” (CFSS, 1988). Neste estudo, partilhamos algumas reflexões sobre os limites, possibilidades e impasses de uma experiência feminista não-governamental na construção de uma atenção à saúde a partir desta perspectiva.

Neste texto, usaremos o termo “contracepção” ao invés de “planejamento familiar” — embora este segundo termo seja mais consagrado — em atenção à reflexão feminista que considera que a expressão planejamento familiar traz implícita que a contracepção (o ato voluntário de evitar a concepção) se dá no contexto da constituição de uma família — pressupondo que esta é o espaço legítimo do exercício da sexualidade e de regulação da fertilidade. Em defesa do direito de todas e todos, dentro e fora de famílias, de exercer sua sexualidade de forma plena e segura, optamos pela contracepção como termo mais amplo.

Nosso corpo nos pertence: contracepção no atendimento individual e em grupo

O modelo educativo de consulta do Coletivo

No Brasil, o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde desenvolve, desde 1985, um trabalho de atenção primária à saúde da mulher com esta perspectiva feminista e humanizada, tendo atendido perto de cinco mil mulheres desde então. Inspirado pela experiência européia, sobretudo pelo *Dispensaire des Femmes*, de Genebra³, o método usado desde a capacitação das primeiras trabalhadoras foi o da crítica ao modelo médico da gineco-obstetrícia. Nosso modelo vem propondo uma ‘medicina suave’ — dos tratamentos naturais e menos agressivos — e de preocupação com o conhecimento do corpo como um dos elementos centrais para a saúde. A usuária é percebida como um indivíduo, o “sujeito da ação de saúde, capaz de entender, decidir e cuidar do próprio corpo e da própria vida” (CFSS, 1994-96).

Neste contexto, o trabalho com contracepção prioriza a ampliação da autonomia das mulheres diante dos médicos e dos parceiros. A consulta, com forte conteúdo educativo, enfatiza a partilha de informação sobre o corpo e seu funcionamento, buscando promover tanto o conhecimento quanto a “amizade” com o próprio

corpo. O papel da consulta é menos o de ter o corpo feminino fiscalizado e esquadrihado por uma figura de autoridade, mas o de oferecer uma oportunidade para a compreensão conjunta (atendente e atendida) daquele corpo em particular, com sua história e suas características.

Assim, a consulta inclui várias etapas que propiciam a participação da usuária. Em primeiro lugar, a anamnese (ficha clínica) é preenchida pela própria mulher atendida — a menos que ela não seja alfabetizada — o que permite um primeiro momento de reflexão com ela mesma. A ficha então é lida conjuntamente na consulta, quando são identificadas e esclarecidas as questões mais importantes trazidas ao atendimento.

Por sua vez, o *exame físico* é, na medida do possível, partilhado com a usuária, que é estimulada a fazer ela mesma o exame de mamas, depois que a profissional o tivesse feito e demonstrado. Os exames da vulva, vagina e colo do útero são feitos em conjunto com a usuária, com a ajuda de um espelho. Ela é estimulada a introduzir o espéculo em sua vagina.

Cada detalhe do exame é explicado à usuária, tanto da anatomia normal quanto de qualquer possível variação ou alteração. A coleta de material para análise de laboratório é acompanhada pela paciente: tanto o exame de secreção vaginal (rotina em todas as consultas), quanto o papanicolau (prevenção do câncer de colo). O corrimento vaginal e/ou do colo, muitas vezes motivo de ansiedade da paciente mesmo quando se trata apenas da secreção normal, é “interpretado” na consulta, quando mostramos a variação normal de quantidade e aspecto desta secreção durante o ciclo menstrual, e como identificar aquela que pode indicar algum problema.

Todo este processo de “exame conjunto” é facilitado pelo uso de recursos educativos: moldes da pélvis servem para explicar visualmente as relações anatômicas e funcionais entre os órgãos e para que a paciente possa “ensaiar” o toque da vulva, da vagina e do colo antes de fazê-lo em si mesma.

É importante chamar a atenção para como cada detalhe da consulta propicia que a usuária entenda melhor como funcionam os métodos contraceptivos, a partir da compreensão do seu ciclo menstrual, da ovulação e da relação anatômica e funcional entre os órgãos. Todas estas informações vão facilitar sua compreensão do funcionamento dos métodos de barreira, da tabelinha, do DIU, dos métodos hormonais como a pílula, da laqueadura etc.

Em geral, como a primeira consulta é dedicada a este levantamento mais amplo da saúde e das necessidades da usuária e dura uma hora, apenas introduzimos a discussão sobre contracepção e a retomamos no retorno, para então definir o método a ser usado. No intervalo entre uma e outra consulta, provemos a usuária com mais informação escrita para que ela possa conhecer em detalhes cada uma das escolhas possíveis. Produzimos nossos próprios impressos sobre cada um dos métodos. Durante alguns anos tivemos ainda a publicação *Para viver o amor* (SOS Corpo e CNDM⁴) como recurso adicional de informação. A consulta de retorno não é dedicada apenas a viabilizar a escolha, mas também a tornar possível o acesso da usuária ao método.

O trabalho com os métodos contraceptivos

Anos 80: o diafragma

No caso do diafragma, a consulta durava cerca de uma hora e incluía o aprendizado de várias etapas pela usuária, orientada por quem a atendia: o toque do colo uterino e a identificação de sua localização; a inserção do diafragma; a checagem de que este de fato estava cobrindo o colo; a diferença do toque do colo sem e com o dispositivo e a colocação do espermicida juntamente com ele, ou adicionalmente, quando necessário para uma nova relação⁵; a necessidade da manutenção do diafragma na vagina por pelo menos oito horas; sua retirada e os cuidados higiênicos com o método. Independentemente de escolaridade, quase todas as usuárias saíam desta consulta completamente preparadas para o uso do método.

Para quem atendia, a consulta incluía ainda medir e experimentar o tamanho correto do diafragma em função do comprimento e tônus da vagina da usuária, e orientá-la para a rotina de uso. Em geral, recomendávamos que a mulher usasse o diafragma por uma ou duas noites inteiras, incluindo a da véspera da consulta de retorno (em uma semana) para checar como a musculatura vaginal se acomodara. No período de uma semana até a “alta”, a mulher não deveria ainda considerar o diafragma como seu método contraceptivo até conferir que estava tudo bem — o tamanho adequado, o colo coberto, as instruções seguidas corretamente. Neste período, deveria usar ainda outro contraceptivo por segurança. Outra recomendação que costumávamos fazer era a de que, na primeira relação usando o diafragma, não informasse o parceiro da novidade, para ver se ele a perceberia espontaneamente. Em nossa experiência, os parceiros não percebem sua presença se não alertados para ela.

Naquela época, a demanda por diafragma atingiu o seu auge, constituindo entre 60 e 70% de todas as usuárias de métodos contraceptivos entre o final da década de 80 e o início da de 90. Houve períodos em que a demanda era grande o suficiente para que o trabalho com o método fosse também feito através de um grupo educativo muito bem sucedido na informação inicial e na consulta de retorno. Isto se dava também pelo fato do Coletivo ser considerado um centro de referência para esse método, tendo recebido pacientes referidas por muitos outros serviços públicos ou privados e de consultórios de médicos que conheciam o trabalho.

A convite de profissionais sensíveis, naquele período oferecemos treinamento à rede pública para o uso do método, o que favoreceu sua disponibilidade em alguns serviços da rede estadual e municipal, onde foi incluído entre as opções disponíveis dentro do contexto do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Estes treinamentos foram uma experiência muito rica, pois pudemos partilhar nossa prática com os profissionais que enfrentavam uma realidade completamente diferente da nossa, na realidade do serviço público de saúde, com pacientes de renda e escolaridade ainda mais baixa e muitas vezes em condições de trabalho bastante precárias, onde faltavam insumos, funcionários e motivação.

Um dos desdobramentos mais interessantes de nosso trabalho com diafragma foi uma pesquisa colaborativa multicêntrica, realizada em parceria com a Clínica de Planejamento Familiar do Departamento de Tocoginecologia da Universidade de Campinas e com o Núcleo de Ginecologia e Reprodução Humana de Belo Horizonte. O estudo consistiu na avaliação do uso do diafragma em três contextos brasileiros: o Coletivo, como uma ONG feminista, a clínica universitária e o serviço privado. Reuní o acompanhamento de 670 usuárias do método para verificar sua aceitabilidade, efetividade e continuidade. O trabalho teve resultados surpreendentes: mostrou que nos três serviços, o diafragma bem orientado tem em nossa realidade uma eficácia prática comparável à do DIU e melhor do que a da pílula.

Além destes dados, que deixaram claro que o diafragma poderia ter um papel muito mais importante como opção contraceptiva segura no Brasil, uma das maiores surpresas foi que a melhor adesão, a melhor eficácia e as menores taxas de complicações (que já eram bem baixas) foram as da clínica privada em Belo Horizonte, que utilizava uma prescrição diferente da nossa e do serviço universitário em três aspectos. Primeiro, as medidas do diafragma eram significativamente menores, ou sejam, eram medidos diafragmas “mais folgados” em relação ao comprimento da vagina. Segundo, não era prescrito o espermicida. Terceiro, era recomendado seu uso contínuo e não apenas quando da relação sexual — ele era colocado pela mulher na vagina ao final da menstruação, retirado para ser lavado cada vez que tomasse banho e imediatamente reinsertado, o que assegurava que estivesse no devido lugar a cada relação sexual, evitando assim o “planejamento” de sua inserção e a do espermicida.

Esta nova forma de prescrição do método se mostrou tão promissora que retomamos o estudo colaborativo para uma nova fase, agora prospectiva, comparando a eficácia do diafragma com e sem espermicida, com uso contínuo ou “tradicional” e incluindo outros serviços de saúde.

Os demais métodos

A pílula anticoncepcional foi durante muito tempo o segundo método na escolha de nossas usuárias, com cerca de 15% da preferência, contra mais de 40% na população geral de usuárias do método no Brasil naquele período. A prescrição era feita de forma a esclarecer a mulher das possíveis contra-indicações e efeitos

colaterais, buscando as menores doses com as quais cada uma pudesse se adaptar. A prescrição de hormônios injetáveis só foi incluída na nossa rotina quando da regulamentação pelo Ministério da Saúde, já no fim da década de 90.

A informação sobre a tabelinha sempre foi muito procurada pelas usuárias, para seu uso isolado ou para combinação com o diafragma ou camisinha. Nossa recomendação formal para os métodos de barreira sempre foi o de seu uso consistente, em qualquer fase do ciclo, mas muitas pacientes deixavam claro que preferiam fazer esta associação de métodos, uma vez que tinham a consciência de que não estavam férteis por todo o ciclo. A orientação para o uso da tabelinha incluía a anotação do tamanho do ciclo por vários meses, para identificar o período “seguro”, associado à observação das características do muco cervical. Ainda que este método seja considerado pouco efetivo como contracepção, muitas de nossas pacientes (aquelas com parcerias estáveis e cooperativas) o mantiveram com bastante sucesso.

Nos primeiros anos do nosso trabalho, a camisinha era prescrita com certa frequência, porém aparecia mais como um método subsidiário, utilizado no intervalo da mudança entre uma opção contraceptiva e outra (pílula e diafragma, por exemplo) ou no período de tratamento de infecções vaginais. Enquanto método de barreira, nossa prioridade era a prescrição do diafragma, tanto por ser muito desconhecido e subutilizado em nosso meio, quanto por estar sob controle das mulheres — ao contrário da camisinha. Como havia certa evidência do papel protetor do diafragma sobre algumas doenças sexualmente transmissíveis e mesmo sobre o câncer de colo, esta nos parecia a opção mais adequada.

No caso do DIU, o agendamento para sua introdução dependia do resultado da lâmina da secreção vaginal e do papanicolau. Qualquer anormalidade em algum dos exames era tratada antes da introdução do dispositivo, feita no próprio Coletivo. Tivemos bons resultados com esse método, para o qual usamos de bastante cautela, dada as possibilidades, ainda que pequenas, de complicações, tais como as infecções pélvicas (inclusive aquelas assintomáticas, capazes de influir sobre a fecundidade da usuária), a menstruação dolorosa e/ou muito abundante.

A laqueadura tubária era um método raro entre a nossa demanda, pois o serviço não oferecia contracepção cirúrgica e nossa clientela se constituía, nesse período, principalmente por mulheres que ainda não tinham filhos. Em alguns casos, diante da escolha da usuária, nós a encaminhávamos aos serviços públicos ou privados que realizavam a cirurgia.

O projeto de trabalho com contracepção, que vai se mostrando limitado a partir da segunda metade da década de 80, reflete o paradigma feminista de “nosso corpo nos pertence”, focado na promoção da autonomia das mulheres e do objetivo de ter o método contraceptivo sob seu controle. Uma escolha, na medida do possível, livre dos constrangimentos impostos pela medicina, pela igreja ou pelo parceiro amoroso. A partir da década de 90, esta equação vem a se complicar com a crescente consciência da epidemia de DSTs e AIDS, colocando de maneira dramática o caráter relacional da contracepção e os limites da escolha do método como assunto apenas daquele indivíduo, a mulher.

A partir de então, aos poucos, começamos a questionar nosso pressuposto de que “o melhor método é aquele que a mulher prefere”: a cada dia, havia mais do que se proteger, para além dos gametas do parceiro. O nosso conceito de “relação desprotegida” vai se transformando, e o parceiro aos pouco ressurgiu (ou surge) na cena contraceptiva.

O contexto da década de 90: contracepção em tempos DSTs e AIDS

Contracepção e vulnerabilidade à gravidez indesejada e às DSTs e AIDS

Entre as experiências que nos impulsionaram à revisão dos procedimentos de contracepção e de infecções vaginais a partir da pandemia de AIDS, destaca-se o projeto *Cuidando do Prazer*, apoiado pela Fundação Levi-Strauss. Este trabalho nos levou a um esforço adicional para lidar com as contradições entre nossa

prioridade no trabalho com o diafragma vaginal – método que amplia a autonomia da mulher em relação à reprodução, mas não necessariamente em termos da proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a AIDS. Apesar de existirem evidências consideráveis sobre o papel protetor do diafragma diante de certas DSTs — provavelmente mais relacionadas com a consistência do uso do que com as características desta barreira — a camisinha é o método que melhor propicia, simultaneamente, a prevenção de DSTs e AIDS e de gravidez indesejada, até prova em contrário.

O trabalho com o diafragma, especialmente em um país onde o aborto é ilegal, arriscado e caro, se centrou, muito justificadamente, na sua eficácia contraceptiva, associada a menos riscos à saúde e ao conhecimento do próprio corpo, tendo alcançado resultados muito positivos nestes aspectos. Mas o contexto da relação sexual e o papel do parceiro, a promoção da comunicação e da partilha de responsabilidades no terreno afetivo, reprodutivo e sexual podiam ser menos problematizados do que no caso do uso da camisinha. Assim, buscamos incluir na consulta e na anamnese questões que pudessem facilitar para as usuárias a discussão sobre o direito ao cuidado e ao prazer, avaliando aquilo que no decorrer do trabalho passamos a chamar, provisoriamente, de “vulnerabilidade sexual e reprodutiva”, para orientar a busca de respostas possíveis na superação desta vulnerabilidade.

Mesmo que assumidamente experimental, a discussão que enfrentamos nos levou a considerar os limites da quantificação destes eventos de saúde, a nossa ansiedade cartesiana por “prescrições” e as dificuldades na escuta da usuária, apresentada por esta “ansiedade prescritiva”. Como todos os profissionais de saúde, nós queríamos uma receita, uma boa receita. Novas questões foram incorporadas ao atendimento, como versões revistas da pesquisa de rotina de situações de violência doméstica, sexual e institucional e uma especial atenção à avaliação da vulnerabilidade das mulheres às DSTs e à AIDS. Ambas denotaram um impacto importante na mudança dos procedimentos de rotina. Em todas as consultas, especialmente nas de contracepção, foram incorporadas informações sobre prevenção de DSTs e AIDS, com ênfase no uso de métodos de barreira (em especial da camisinha) e no desenvolvimento de habilidades de negociação com parceiros, nos casos que o demandassem.

Quando olhamos para os dados do Coletivo, é importante considerar que as características de nossas usuárias não correspondem ao perfil da população em geral: o próprio fato de buscar um serviço dessa natureza já constitui um viés da amostra. Acreditamos que nossas usuárias formam um grupo representativo — são mulheres que “mais resistem do que se acomodam” em relação às experiências sexuais e reprodutivas, refletindo certos movimentos de mudança referentes à construção de alternativas sexuais e reprodutivas mais *empowered*, mais assertivas e autônomas. Portanto, as informações que constam da nossa anamnese refletem o viés das perguntas que definimos como importantes.

Desta forma é possível, por exemplo, que a prevalência da violência apareça com índices tão elevados simplesmente porque perguntamos a todas as usuárias a este respeito; ou que haja um viés relativo a uma maior confiança da usuária na instituição, que permite que mais mulheres se sintam à vontade para responder afirmativamente sobre situações de ilegalidade, como a prática do aborto e o uso de drogas.

Quem são as usuárias de métodos contraceptivos do Coletivo

No trabalho sobre o perfil das usuárias, um dado que nos chamou muito a atenção é que 63% não se consideravam expostas ao risco de contrair a AIDS. Perguntadas se tomavam alguma medida de prevenção, a resposta majoritária foi “não se consideram expostas ao risco” ou “consideram que se previnem” porque têm um único parceiro. Isto evidencia uma flagrante contradição — na nossa demanda de mulheres supostamente mais assertivas — com a realidade epidemiológica, pois a maioria das mulheres contaminadas no município de São Paulo tem parceiro fixo e é monogâmica. Entre as usuárias do Coletivo, 26,1% declaravam já ter tido alguma DST, considerando-se que uma certa quantidade de mulheres dizia ter tido “outros problemas ginecológicos”, sem, porém, saber especificá-los.

Com relação à sua vida sexual, 20,5% disseram jamais conversar com os parceiros sobre o assunto e 43,5% relataram não estar satisfeitas ou estarem mais ou menos insatisfeitas com sua vida sexual.

As informações sobre violência também foram muito importantes para entender o “contexto vulnerável” no qual as usuárias estão imersas. Entre elas, 38,3% afirmaram já ter tido relações sexuais contra a sua vontade e a violência física foi declarada por 30,4% das usuárias. Das que sofreram violência física ou sexual, 28,6% jamais haviam conversado sobre o fato com alguém antes da consulta no Coletivo. Apenas uma mulher procurou um serviço de saúde por este motivo.

Se o acesso à renda é um dado importante na capacidade das mulheres de negociar sua proteção sexual e reprodutiva, é interessante ressaltar que nos últimos anos registramos uma tendência ao “empobrecimento” da demanda, refletida na queda da renda mensal per capita das nossas usuárias. Em 1994, a porcentagem de mulheres com renda de até três salários mínimos era de 60%. Em 1995, aumentou para 63%. Em 1996, subiu para 73%. Do total da demanda de 1996, 59% declararam renda pessoal de até um salário mínimo. Acreditamos que este empobrecimento se deva mais a mudanças na nossa demanda, ainda que de fato haja um empobrecimento da população em geral.

Em termos quantitativos, realizamos, entre 1994 e 1996, 2.944 consultas ginecológicas; 469 psicológicas, incluindo os casos de atenção às mulheres em situação de violência; 28 atendimentos em nutrição; e 414 consultas de pré-natal, além de dezenas de sessões de grupos de reflexão sobre diversos temas. No perfil das pacientes atendidas pelo Coletivo, vemos que 84% fazem uso de métodos contraceptivos, mas que a prevalência de cada um tem mudado, numa tendência clara e significativa. Entre 1991 e 1994, a camisinha era usada por 14% das usuárias, o diafragma por 61%, a pílula por 16%; os outros métodos somavam apenas 9%.

A partir de 1995, houve um grande aumento do uso da camisinha, também estimulado pelo nosso serviço, alcançando em 1998, 38,5%; o uso do diafragma caiu de 61% para 25%; o da pílula, para 9,4%. Acreditamos que esta mudança se deva em grande medida às modificações implementadas por nós mesmas no modelo de assistência, certamente também influenciada pela conscientização da opinião pública em direção ao sexo mais seguro.

Ainda que o uso de métodos de barreira tenha se mantido muito alto (63,5%) – sobretudo se comparado com a população geral – há uma clara tendência ao aumento do uso da camisinha em detrimento do uso do diafragma, já que as evidências sugerem que o condom seria mais seguro na prevenção das DSTs e AIDS, apesar de estar menos “sob o controle” da mulher.

Entre 1991 e 1994, a laqueadura era o método de cerca de 4% das usuárias. Ultimamente a taxa chegou a 13%, refletindo, talvez de maneira tardia, o aumento de sua prevalência, que na população geral atinge aproximadamente 45% das mulheres que usam contracepção.

Outro dado surpreendente é que 78% das usuárias se referem a pelo menos um aborto. Isto pode refletir tanto o viés de uma demanda altamente selecionada, como um grau de sinceridade maior nas respostas por se tratar de um serviço feminista. Porém esta informação também deixa muito claro o quanto temos de “relações desprotegidas”, seja para uma gravidez indesejada, seja para as DSTs e AIDS.

Novas perspectivas, possibilidades e limites

Atualmente temos refletido sobre a implementação do chamado “modelo hierárquico” com relação à escolha dos métodos. Ao invés da prescrição dogmática da camisinha (de fato um método masculino, sob reduzido controle das mulheres), este modelo supõe a escuta do contexto daquela mulher, suas condições de negociação, a transmissão de informação sobre quanto cada método protege potencialmente das DSTs e AIDS e o planejamento de uma hierarquia de proteção. Tal hierarquia vai da proteção máxima da camisinha masculina ou feminina, passando pelo diafragma com ou sem espermicida, pelas práticas sexuais não-penetrativas etc., chegando até ao coito interrompido, considerado como menos arriscado do que a relação

desprotegida. Trata-se de uma estratégia de realismo, diante da constatação de que a simples prescrição da camisinha tem funcionado muito pouco, tantas vezes abstraindo o difícil contexto relacional envolvido na negociação da vida afetivo-sexual concreta das mulheres, sejam elas soronegativas ou positivas.

Uma das possibilidades mais promissoras tem sido o desenvolvimento de recursos contraceptivos novos, tais como o condom feminino. A partir de 1999, com o apoio do Ministério da Saúde, iniciamos a orientação e a distribuição deste método como parte da rotina do serviço, no contexto de um projeto de integração entre as ações de prevenção primária e secundária de DSTs e AIDS e de saúde reprodutiva.

Esta integração tem sido um grande desafio, não só para nós, mas para o país. Apesar do investimento para a implementação do Paism, o modelo de assistência dos serviços públicos ou privados que oferecem opções contraceptivas tem se centrado em abordagens que desconsideram o contexto social da mulher e de suas relações, fechando o foco em seus órgãos reprodutivos. Outras questões que podem situar o universo emocional no qual a mulher vive suas relações afetivas e sexuais, como a violência doméstica e sexual, apenas recentemente passam a receber a devida atenção dos formuladores de política, o que não deixa de ser um dado muito promissor.

Na prática do nosso sistema de saúde, ainda é difícil para os serviços que atendem às mulheres incorporarem a idéia de integralidade: os métodos mais comuns, cujo uso continua crescendo, não protegem contra as DSTs e a AIDS, apesar do caráter epidêmico desta última no país. Ainda são muito raros os serviços de planejamento familiar que, junto com a prevenção da gravidez, façam rotineiramente o aconselhamento de prevenção de DSTs e AIDS. Só a partir de janeiro de 1998, o preservativo feminino tem sido comercializado no país, mesmo que a preços quase que proibitivos para a grande maioria das mulheres.

Dados da última pesquisa Nacional de Demografia e Saúde indicam que apenas 11% das mulheres se referiram ao uso de preservativo na última relação sexual. A análise deste dado, discriminado por situação de uso do método, pode refletir o nível do uso da dupla proteção, isto é, para a prevenção da gravidez indesejada e das DSTs e AIDS. Entre essas mulheres (11%), que se referiram ao uso do preservativo, encontramos a seguinte distribuição com relação ao uso ou não de outros métodos: 29% não usam qualquer outro método; 45% já são usuárias do preservativo; 12% são usuárias de pílula; 9% são esterilizadas e as demais, cerca de 5% se referem ao uso de outros métodos, como tabela, coito interrompido, DIU, diafragma e injetáveis. É provável que algumas delas estejam em tratamento de queixa ginecológica, para a qual os médicos costumam recomendar o uso do preservativo, independentemente do contraceptivo em uso.

Na contracepção/planejamento familiar, mais do que nunca é central superar a mentalidade meramente prescritiva e incluir o aconselhamento e as ações educativas. Isto supõe a disponibilidade de métodos (incluindo até o condom feminino) e de profissionais treinados. Uma vez que se sabe que a informação é fundamental, mas não suficiente, o trabalho deve incluir a oportunidade de reflexão sobre prioridade aos métodos de barreira, dupla proteção, hierarquia de proteção entre os métodos, responsabilidade do parceiro, comunicação e negociação destes recursos, contracepção de emergência, entre outros temas. O Brasil é um país privilegiado em experiências dessa natureza, nesta nova etapa exige novidades ousadas, como dirigir o trabalho também a homens e pensar a contracepção como uma responsabilidade a ser compartilhada (Diniz e Vilella, 1999).

Bibliografia

ARAÚJO, M.J. & DINIZ, C.S.G. *O lugar do diafragma vaginal como método anticoncepcional no Brasil*. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. Mimeo. São Paulo. 1994.

CFSS, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. *Relatório de Atividades*. São Paulo. 1988.

_____. *Relatório de Atividades*. São Paulo. 1994-96.

_____. *Relatório do II Seminário de Práticas Educativas na Implantação do Paism*. São Paulo, 1996.

NISSIN, Rina. *Mamamelis: um guia de ginecologia natural*. Rosa dos Tempos. Rio de Janeiro. 1997.

VILLELLA, W.V. & DINIZ, S. G. *AIDS e Saúde Reprodutiva*. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e Nepaids. São Paulo. 1998.

DINIZ, S. G. & VILLELLA, W.V. “Interfaces entre os programas de DST/AIDs e de saúde reprodutiva: o caso brasileiro”. In PARKER, R.; BARBOSA, R. & BESSA, M. Saúde, *Desenvolvimento e Política*. Respostas frente à AIDS no Brasil. Ed 34. Rio, 1999.

FERREIRA, A.E.; ARAUJO, M.; HIDALGO, C.; DINIZ, S.G. & FAUNDES, A. “Effectiveness of the Diaphragm, used continuously, without spermicide”. In *Contraception* 1993:48. July 29-35.

CUIDANDO DA SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE DSTS E AIDS

As iniciativas do Coletivo

*Regina Rodrigues de Moraes**
*Rosa Dalva F. Bonciani***

No inverno de 1987, o Coletivo estava entusiasmado com a recente abertura do seu ambulatório de atendimento às mulheres e com a compra de aquecedores para acolher as usuárias de forma ainda mais calorosa. No entanto, também se preocupava com que providências tomar para enfrentar uma nova adversidade: a AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida).

A primeira providência foi convidar profissionais especialistas para informar a equipe sobre AIDS, suas manifestações, formas de transmissão do vírus (HIV), diagnóstico clínico e laboratorial e medidas de biossegurança. Prevalcia a noção de “grupo de risco” naquele ano. No Brasil, os casos de AIDS predominavam entre homossexuais e bissexuais masculinos e usuários de drogas. A AIDS ainda não parecia ser uma grande ameaça para as mulheres. Mas, o Coletivo já investia na formação da equipe para reordenar as condutas de atendimento frente à doença.

A abordagem do Coletivo sempre considerou dois aspectos no atendimento em contracepção, pré-natal, violência, saúde mental e problemas comuns de saúde das mulheres. Primeiro, a sexualidade no centro da vida reprodutiva. Segundo, numa concepção global de saúde, as conseqüências para a saúde da mulher decorrentes das diferenças entre a educação e o estilo de vida de mulheres e homens.

As queixas relativas à sexualidade, contracepção, violência, saúde mental e DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) eram contextualizadas e tratadas na perspectiva das desigualdades de poder acarretadas por papéis e posições sociais diferenciados entre homens e mulheres. No Coletivo, o atendimento às usuárias pressupõe sua participação ativa no processo da consulta. Logo, já havia ênfase nos aspectos educativos e estímulo para a reflexão crítica de sua situação. Mais informadas, as usuárias sentiam-se fortalecidas e confiantes para tomar decisões e fazer escolhas em relação à sua própria saúde e autocuidado.

A postura diante da gravidade da AIDS era não negligenciar e não deixar que a preocupação se transformasse em pânico, fazendo retroceder o trabalho de defesa e conquista do direito ao exercício voluntário da sexualidade com prazer. Entendíamos também que o desafio para o atendimento em relação à AIDS seguiria a mesma forma de abordagem. Para nós, a infecção pelo HIV através da relação sexual era sujeita às mesmas vicissitudes das demais DSTs.

Percebíamos que o trabalho de prevenção da AIDS com mulheres deveria ir muito além da transmissão de informações sobre a doença e da prescrição do uso da camisinha. Estávamos cientes de que questões socioculturais haviam atingido as mulheres e por isso demandavam transformações profundas em nossas posturas. As questões são o uso predominante da pílula e da esterilização cirúrgica como opção contraceptiva

geral na população feminina, a pouca adesão ao uso do condom e as dificuldades das mulheres para a negociação com os parceiros para seu uso¹.

Nos anos 80, o Coletivo tornara-se um centro de referência para o uso do diafragma, sendo a escolha de 40% das usuárias de métodos contraceptivos. Frente à AIDS, no atendimento às mulheres no ambulatório, colocava-se a necessidade da reorientação contraceptiva passar a incorporar o uso do condom, que poderia ser concomitante, no caso do diafragma, ou em substituição, no caso de outros métodos.

Encontros feministas sobre DSTs e AIDS

No ano de 1990, o Coletivo participou do I Simpósio Latino Americano Sobre Mulher e AIDS, em Buenos Aires, promovido pela *Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas*. As feministas latinas estavam preocupadas com as estatísticas que insistiam em mostrar a enfermidade crescendo em proporções geométricas, afetando homens, mulheres e crianças. Diante disso, as feministas apontavam serem necessárias e urgentes campanhas de informação e prevenção da AIDS para as mulheres, a fim de conscientizá-las de que também eram vítimas da epidemia. Daí a tomada de precauções para evitar a infecção e a transmissão.

Outro ponto abordado no simpósio foi o nosso papel de educadoras de saúde, porque prevenir a AIDS também significa mexer com mitos. Ao dizermos às mulheres o que elas não querem ouvir sobre verdades que estabeleceram, tentamos encontrar juntas mudanças na sua forma de obter prazer.

Em seguida, ocorreu o V Encontro Feminista Latino-Americano e do Caribe, com quase mil mulheres, no qual o tema AIDS não fazia parte da agenda. No entanto, entre as várias oficinas do encontro, uma das mais procuradas pelas mulheres foi a oficina Mulher e AIDS, coordenada pela Dra. Alma Aldana, do México. Além de ser assunto nas rodas de conversa. Durante a oficina, tivemos oportunidade de obter novas informações respeito da epidemia junto às mulheres, conhecer e desenvolver técnicas de sexo seguro.

Assim que voltamos para o Brasil, estávamos ainda mais determinadas a trabalhar com a AIDS, juntamente com outras feministas que estiveram na Argentina.

Em 1991, realizamos a I Oficina Sobre Mulher e AIDS, em São Paulo, voltada para o movimento de mulheres da saúde. Havia também uma oficina para lésbicas com a presença da Dra. Alma Aldana, com o objetivo de repassar as informações mais atuais e apresentar a estratégia de sexo seguro como medida de prevenção. Foi posto o desafio de trabalhar questões como: auto-estima, culpa, desejo e prazer, negociação da camisinha, o despertar da consciência das mulheres para a prevenção, a busca de incorporar o preservativo em suas vidas de forma natural e erótica.

O Coletivo passou a investir no desenvolvimento da pesquisa sobre mulher e AIDS. O objetivo era aprofundar reflexão e conhecimentos para o aprimoramento das ações educativas, tanto no atendimento ambulatorial, quanto em cursos, palestras, oficinas em instituições e grupos nas comunidades.

***Ousadia!*, nosso primeiro projeto de pesquisa sobre mulher e AIDS**

Muito depois de termos escolhido o título *Ousadia!*, encontramos nas palavras de Jonathan Mann a forte identidade que guardam com nosso entendimento da questão. Ele diz: “O momento não é só de dizer não ao sexo não desejado, ao sexo sem proteção ou à gravidez indesejada — o momento é de dizer não também à desigualdade, à discriminação e à falta de opções. É preciso ousar”².

No início de 1991, houve o primeiro concurso internacional do Programa de Pesquisa Mulher e AIDS, do *International Center for Research on Women (ICRW)*, de Washington. Neste concurso, o Coletivo apresentou

um projeto de pesquisa e intervenção com mulher e AIDS. Ele incluía a produção de cartaz e folheto educativo para trabalhar em grupos de mulheres com a prevenção da AIDS. Para ser financiado pela ICRW, foi escolhido, no eixo São Paulo e Rio de Janeiro, o projeto acadêmico da antropóloga americana Donna Goldstein intitulado *A política cultural de classe e gênero de uma doença moderna: as mulheres e a AIDS no Brasil*.

A ICRW condicionou o apoio a este projeto ao seu desenvolvimento em parceria com duas ONGs. Isto porque era sensível à importância da cooperação entre Academia e ONGs na produção de conhecimento para o trabalho de prevenção da AIDS. Assim nascia a primeira experiência de pesquisa e intervenção envolvendo uma pesquisadora acadêmica, uma ONG de AIDS (a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA, do Rio de Janeiro) e uma ONG feminista (o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, de São Paulo).

Em março de 1991, Donna Goldstein veio conhecer o Coletivo, apresentar seu projeto e propor a parceria. À ABIA, coube a produção de um vídeo. A elaboração do cartaz e do folheto educativo dirigido às mulheres, proposta para o Coletivo, embora contemplasse parcialmente nosso projeto inicial, foi estimulante. Avaliamos ter sido de grande relevância a experiência de trabalho participativo.

A concepção do cartaz e da cartilha *Ousadia!*

Baseadas em nossa experiência prévia de realização de grupos de reflexão e oficinas de sexualidade e saúde, nossa proposta foi a elaboração de uma cartilha educativa sobre AIDS com a participação das mulheres.

A nossa própria vivência de trabalho já nos havia ensinado que, para as mulheres, em termos de saúde e vida reprodutiva, “viver é perigoso demais”. Não seria a AIDS que faria retroceder nosso trabalho de defesa e conquista do direito ao exercício voluntário da sexualidade, e com prazer. Decidimos priorizar como público pretendido, donas de casa fora do mercado formal de trabalho, portanto, com menos acesso a outros meios de informação. Nossa preocupação na elaboração do material foi enfatizar o uso de recursos gráficos visuais de boa qualidade estética e pouco texto para leitura, já que a maioria do público tinha pouca escolaridade. Contatamos Marta Baião, uma artista plástica feminista, a quem solicitamos a criação de um desenho para o cartaz e uma série de ilustrações para compor a cartilha.

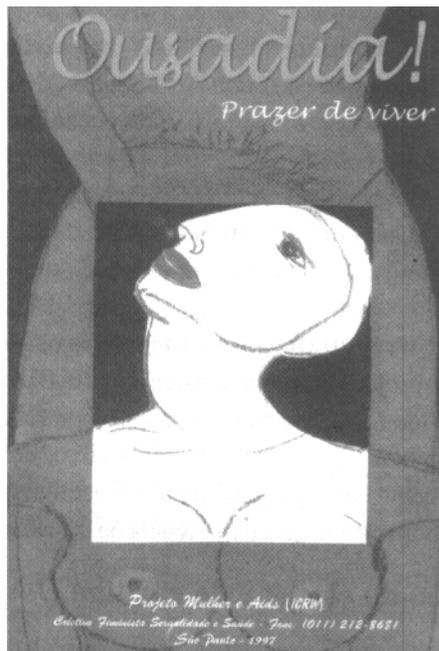


Fig. 5 - Capa da cartilha, formato 14,0 x 21,0 cm

Através de nossas parceiras, lideranças feministas de outras entidades, formamos três grupos com mulheres da comunidade. Um no Centro Comunitário do Jardim Guarará em Santo André, outro na Casa Lilith na Vila Alpina e o terceiro na Casa da Mulher no Grajaú, nas zonas leste e sul de São Paulo, respectivamente.

Nós não queríamos produzir um material informativo porque seria mera repetição. Pensamos em algo que se aprofundasse no assunto, permitindo troca de idéias, de experiências vividas pelas mulheres e reflexões sobre quais valores envolvem a especificidade de abordagem do tema.

A linguagem simplificada ganhou destaque com as ilustrações, abordando de forma clara e direta temas como diferenças entre os sexos, acesso à informação, sexualidade da mulher e o poder de negociação com o parceiro na prevenção da AIDS. Tentamos romper o limite da informação, tocar na máscara que nos impede de ver que o risco das mulheres contraírem o vírus da AIDS pode, muitas vezes, estar na base da construção da própria condição feminina.

Sem preconceito, a cartilha procura fazer uma ponte entre o que se discute sobre sexualidade e prevenção da doença. Não há respostas. Somente perguntas que estimulem a discussão. Por exemplo: Em que a AIDS mudou sua sexualidade ou sua vida? Que mudanças a AIDS traz para nossas vidas? O que a mulher pode fazer para se prevenir?

No final de 1992, resultou a primeira edição da cartilha piloto *Ousadia! Prazer de Viver*. Piloto porque concluímos ser necessário aplicá-la a um número maior de grupos e modificá-la, se necessário, depois de um processo de avaliação.

Um desenho de Marta Baião foi usado no cartaz e na capa da cartilha. A ilustração era de um rosto de mulher sob uma máscara, focado à frente de um corpo masculino como pano de fundo. Nele, vimos a essência da inspiração da cartilha assim traduzida:

Enfocando a questão da comunicação e da necessidade de diálogo entre as pessoas, tentamos romper o limite da informação e tocar na máscara que nos impede de ver que o risco das mulheres contraírem o vírus da AIDS pode estar na base da construção da própria condição feminina. Tocar, refletir, modificar valores que levam à desigualdade de poder. O poder das mulheres de negociarem a segurança de se prevenir da AIDS em suas relações³.

Nossa expectativa com a produção da cartilha era de capa-citação de monitores para a implementação de seu conteúdo no trabalho de prevenção em grupos.

A partir de 1993, a cartilha foi distribuída gratuitamente para a maioria dos estados brasileiros, para ONGs, outras entidades e instituições públicas de educação e saúde. Estava acompanhada de dois formulários de avaliação, um para avaliação individual e outro para avaliação de sua aplicação em grupo.

Foi muito gratificante o retorno que obtivemos com a demanda crescente para aquisição de maior quantidade da cartilha. Novos e diversos grupos comunitários e instituições dos mais longínquos lugares a solicitavam. O retorno das avaliações também pareceu significativo, destacando-se a individual, com resultados bastante positivos. A cartilha foi avaliada como um recurso útil para o trabalho em grupo. No entanto, neste primeiro momento, as experiências de aplicação que obtivemos como retorno foram poucas.

O município de São Paulo entrava em mais um período político administrativo de retrocesso democrático e desastroso, sobretudo para a saúde, infelizmente. A continuidade da iniciativa de implantação do SUS pela gestão democrática anterior estava ameaçada. Com ela víamos a possibilidade de descontinuidade da implementação do Paism em nossa cidade.

Mas, como não descansávamos, meses depois o Coletivo firmava com a ICRW um contrato para o desenvolvimento da segunda fase do projeto *Ousadia!*: um estudo e intervenção em grupos de mulheres de baixa renda da cidade de São Paulo, guiados pela cartilha.

Ousadia!, nº 2

O Coletivo propôs a realização de um projeto de capacitação e educação de mulheres de baixa renda, pois a epidemia de AIDS tem se disseminado com maior velocidade e de modo mais grave entre as brasileiras mais pobres. Tomou-se como base o uso da cartilha *Ousadia! Prazer de Viver*. O nome do projeto era *Compartilhando experiências, capacitando e educando mulheres de baixa renda em São Paulo, para prevenção do HIV*.

O projeto transcorreu entre agosto de 1994 e julho de 1996. Incluiu o seguimento de 42 mulheres distribuídas em cinco grupos com perfil socioeconômico semelhante através de oficinas de educação sexual. No total, foram realizadas 25 sessões e mais cinco encontros de avaliação.

O projeto foi desenvolvido em três fases que incluíram três métodos complementares de coleta de dados:

- A realização de entrevistas individuais seguindo o roteiro de um questionário antes da sessão de intervenção.
- O resultado das sessões de intervenção e discussão com a cartilha *Ousadia! Prazer de Viver*.
- Entrevistas individuais seguindo o roteiro de um questionário pós-intervenção em uma sessão final de avaliação.

A principal dificuldade encontrada foi adequar as mulheres ao perfil inicial da pesquisa, como faixa etária, experiência sexual, ter parceiro, disponibilidade de comparecer às sessões.

Os resultados apontam que as mulheres se deparam com obstáculos socioculturais e de gênero que dificultam uma maior percepção do risco que correm de contrair o HIV e a possibilidade de se protegerem no seu cotidiano. Isso, apesar de possuírem algumas informações sobre HIV e AIDS.

Ao mesmo tempo, os resultados mostram que a possibilidade de estarem em grupo discutindo estes aspectos do cotidiano parece ter sido extremamente importante para essas mulheres, no sentido do fortalecimento de sua autonomia frente à vida. Os aspectos discutidos foram o poder masculino, a forma como ele é exercido e o impacto disto na relação com o parceiro, a escassez de alternativas frente à pobreza e à precariedade de moradia, a falta de privacidade etc⁴.

Era esperado o início da conscientização sobre o processo que determina a construção e a manutenção da desigualdade nas relações de gênero. Esta percepção seria provocada pela participação das mulheres em sessões educativas baseadas nas discussões das questões levantadas na cartilha.

A partir da elaboração de pontos comuns de conhecimento e de solidariedade nos grupos, visava-se desencadear um processo de transformação da auto-imagem e reforço da auto-estima. As conseqüências seriam, em primeiro lugar, uma maior capacidade de comunicação com os parceiros e, em segundo, sentirem-se fortalecidas para questionar as normas correntes e padrões de conduta que as expõem ao risco de contrair o HIV, de modo que pudessem implementar estratégias de autoproteção.

Neste sentido, o projeto também se propôs a avaliar mudanças no conhecimento, nas atitudes e nos padrões de comunicação relacionados à sexualidade, ao HIV e à AIDS das mulheres que participaram dos grupos de discussão guiados pela cartilha.

Avaliação da cartilha Ousadia! Prazer de Viver

Analisar um trabalho de intervenção é difícil e complexo, mas de extrema importância. Analisaremos segundo um dos objetivos específicos do projeto: a eficácia da cartilha em estimular a discussão nas sessões educativas para mulheres. Wilza Villela diz:

Para fazer uma afirmação sobre o impacto da intervenção, o que ocorreu na vida de uma única mulher não é suficiente, já que o trabalho se dirigiu a várias. Porém, a experiência de uma mulher pode ser muito importante para o aprimoramento dos instrumentos, pois leva a discriminar melhor entre o que é a experiência individual e o que é a experiência coletiva das mulheres, enquanto grupo. E não se deve esquecer que, se uma única mulher passou a prevenir-se, de seu ponto de vista a ação alcançou 100% de êxito (1996).

A cartilha foi concebida como recurso para trabalhar em grupo com o tema Mulher e AIDS. Este material é voltado principalmente para mulheres adultas e ou com vida sexual ativa. Concordamos com Goldstein quando diz:

Na realidade, é difícil ensinar prevenção a um vasto grupo de mulheres heterossexuais que não têm noção do risco, exatamente porque não têm idéia das práticas de seus parceiros e, se tiverem, não têm poder de mudar essas práticas que são tabu! (1994).

Esta consciência feminina do direito ao prazer pode ser um poderoso estímulo para que a mulher se proteja do HIV, pois é o que possibilita a ela apropriar-se do seu sexo e do seu corpo. Assim, seria recomendável que a ênfase da discussão sobre sexo e sexualidade fosse um dos eixos fundamentais dos trabalhos sobre prevenção do HIV e AIDS entre mulheres, no sentido de reforçar sua visível habilidade em lidar com contextos adversos.

E, como diz Wilza Villela no prefácio do magnífico livro de Berer e Ray (1997):

Observando as várias contribuições brasileiras para o equacionamento da problemática do HIV/AIDS entre as mulheres, fica claro que o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS entre as mulheres não é uma tarefa simples. Temos que lidar não apenas com as questões de gênero e com os aspectos políticos e econômicos envolvidos no controle da epidemia, como também com importantes dimensões éticas, de saúde reprodutiva e de direitos humanos. Isto é particularmente significativo no Brasil, onde as dimensões geográficas e os contrastes econômicos determinam uma grande diversidade de padrões socioculturais e de oferta de serviços.

Além disso, é apontado que o material de apoio e seu manuseio para a ação educativa não devem ser prescritos ou meros informativos. A qualidade do material e seu uso no grupo relacionam-se ao estímulo para o processo de discussão das questões por ele propostas para a elaboração coletiva. Um guia elaborado com sugestões para o manuseio da cartilha *Ousadia! Prazer de Viver* servirá como facilitador para o monitoramento do grupo.

Projeto Cuidadoras. Quem são elas?

No ano de 1993, o Coletivo e a Casa Lilith desenvolveram o projeto *Cuidadoras. Quem São Elas?*, com apoio do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

Quando pensamos o projeto, nos perguntávamos: Quem seriam as “cuidadoras” dessa epidemia que desafia o mundo hoje? Seriam mães, companheiras, amigas, irmãs, amantes, esposas? Existiriam diferenças entre as “cuidadoras” em função dos diferentes tipos de contaminação? Por que se tornariam “cuidadoras”? O que representaria para elas serem “cuidadoras”?

O projeto foi desenvolvido na região de Vila Alpina e Vila Prudente, no ambulatório de DSTs e AIDS de Sapopemba, zona leste de São Paulo.

Nossas metas eram conhecer as “cuidadoras” e procurar aplicar nossa experiência de trabalho com mulheres numa perceptiva de gênero, já que entendemos ser fundamental realizar intervenções destinadas a elas. Isto se

levando em conta a carência de ações desta natureza em contrapartida ao aumento de casos de AIDS entre as mulheres, como atestam as estatísticas.

Compreendemos esse projeto como um processo em construção que nos colocou desafios. Após um ano de trabalho, observamos os seguintes pontos:

- 1.As “cuidadoras” começaram a perceber a necessidade de que, mesmo cuidando do doente, devem cuidar de si mesmas.
- 2.À medida que elas conseguem um espaço para o seu lazer, o cuidar do doente torna-se mais leve.
- 3.A garantia de espaço na sua rotina para freqüentar as reuniões do grupo é fundamental.
- 4.Estabelece-se um vínculo maior entre as “cuidadoras”.
- 5.A maior possibilidade de expressar suas emoções e sentimentos contribui para diminuir a ansiedade.
- 6.Observamos que algumas delas desenvolvem ações como multiplicadoras na família e ou na comunidade.
- 7.Com a troca de experiência entre elas há um maior conhecimento das diferentes fases da doença e de como o doente reage a cada uma.
- 8.As “cuidadoras” estabeleceram um vínculo maior com a equipe de profissionais do ambulatório.

Importante destacar que a relação da equipe técnica do projeto com o grupo de “cuidadoras” ultrapassa os limites da discussão sobre informações de prevenção e autocuidados. Estabeleceu-se uma relação afetiva e de confiança, fazendo da equipe uma referência para momentos difíceis dessas mulheres com o doente, como no momento da perda.

Projeto *Cuidando do Prazer*

Em 1995, com o projeto apoiado pela Fundação Lévi-Strauss, *Cuidando do Prazer*, passamos a incluir na anamnese um conjunto de questões a que chamamos de vulnerabilidade sexual e reprodutiva. Tais questões eram informações sobre uso de contraceptivos, comunicação com o parceiro, percepção de risco de contrair DSTs e AIDS, medidas de proteção adotadas e acesso a serviços.

A partir de 1997, adotamos a idéia de “hierarquia” no aconselhamento de contracepção, buscando adequar a prescrição de camisinha às condições concretas da mulher. Isto porque o padrão de uso de contracepção mantém a tendência de queda do uso do diafragma em favor da camisinha e um aumento relativo das mulheres esterilizadas cirurgicamente. O uso de métodos de barreira ainda responde por cerca de 2/3 da demanda do nosso serviço.

Mostraram-se muito instigantes as questões experimentais que incluímos na nova anamnese para nos ajudar a avaliar junto com a usuária o que chamamos, provisoriamente, de sua vulnerabilidade sexual e reprodutiva. Um dado que nos chama a atenção é que 63% não se consideravam expostas ao risco de contrair o vírus da AIDS. Perguntadas sobre se tomavam alguma medida de prevenção, a resposta majoritária foi a de “não se consideram expostas ao risco” ou “consideram que se previnem” porque têm um único parceiro. Este fato evidencia uma flagrante contradição com a realidade epidemiológica, na nossa demanda de mulheres supostamente mais assertivas, pois a maioria das mulheres contaminadas no município de São Paulo tem parceiro fixo e é monogâmica.

Um dos desdobramentos do atendimento às gestantes HIV+ foi o aprofundamento de parcerias com outras instituições. Dentre estas atividades, ressaltamos duas. Primeira, a realização do seminário Maternidade e Direitos Humanos, em colaboração com a Rehuna (Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento), buscando incorporar questões relativas à maternidade e à AIDS na agenda dos direitos humanos da saúde. Segunda atividade, o seminário Maternidade em Tempos de AIDS, realizado com a participação do GIV (Grupo de Incentivo à Vida), para discutir em profundidade as possibilidades da ação.

Como resultado direto do projeto, publicamos a cartilha *A epidemia da AIDS entre as mulheres*, numa parceria com o Nepaids (Núcleo de Estudos e Prevenção da AIDS, USP). Recebemos a contribuição igualmente inestimável da Dra. Wilza Villela, que tem sido consultora nos projetos de Mulher e AIDS desenvolvidos pelo Coletivo.

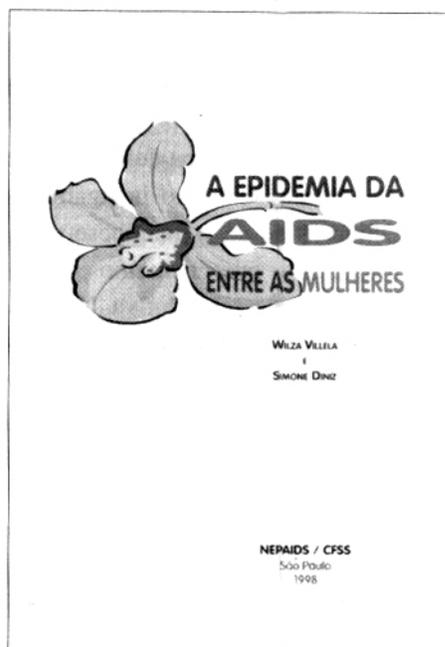


Fig. 6 - Capa da cartilha, formato 14,0 x 21,0 cm

Novos desafios

Nos últimos anos, o Coletivo ampliou o atendimento, incluindo as atividades de prevenção secundária e de apoio a mulheres vivendo com AIDS. Geralmente, elas nos são referidas por outras ONGs ou pelos Centros de Referência de DSTs e AIDS de São Paulo, onde são atendidas e recebem os medicamentos.

O atendimento a mulheres que vivem com AIDS nos coloca novos desafios, como a necessidade de produzir conhecimento e tecnologia na área de pesquisa para aperfeiçoar este mesmo atendimento. Algumas questões surgem nessa busca, como a complexidade de manejo dos mais recentes esquemas terapêuticos, expressa na preocupação constante com a adesão ao tratamento. Outra questão diz respeito à dimensão que assume a abordagem com enfoque de gênero, para a promoção da cidadania e da auto-estima como incentivo ao autocuidado e a conseqüente observância do tratamento frente a uma doença da gravidade da AIDS com os vários sentidos que lhe são atribuídos.

Por um lado, a possibilidade de controle da AIDS pelos novos esquemas terapêuticos resultam em maior sobrevivência das pessoas HIV+. A disponibilidade de recursos terapêuticos para a redução da transmissão do

HIV da mãe para o bebê, colocam em evidência o desejo de casais de ter filhos e o direito de mulheres HIV- ou + à maternidade segura. Por outro lado, coloca-se também a necessidade de diagnóstico precoce da infecção pelo HIV em mulheres antes da gravidez, para romper com a crueldade do seu diagnóstico após uma gestação já em curso, portanto sem ter tido a possibilidade de escolher não engravidar.

Outro desafio é a necessidade de assistência especial à maternidade (pré-natal, parto e puerpério) de gestantes HIV+, em gestações voluntárias ou não. As mortes de gestantes HIV+ não vêm sendo contabilizadas nas já inaceitáveis taxas oficiais de mortalidade materna. Este dado representaria um crescimento significativo da taxa, sobretudo para municípios com maior número de casos de AIDS, como São Paulo. O estudo e monitoramento da assistência à maternidade de gestantes HIV+ é mais um desafio para o controle exercido pelo Coletivo através de sua representação nos comitês de estudo e prevenção à mortalidade materna. Em São Paulo, segundo a Secretaria Municipal da Saúde⁵, em 1997 a AIDS foi a primeira causa de morte entre as mortes maternas não relacionadas. Se as taxas de mortalidade materna indicam a precária assistência à maternidade em geral, nos perguntamos qual vem sendo a qualidade dessa assistência a gestantes HIV+.

Citando mais uma vez Jonathan Mann, “Um fator ainda mais limitante, entretanto, é o tipo de discriminação social dominante – ‘O *status quo* sexual’ – que nega às mulheres, poder suficiente para proteger sua própria saúde”.

Bibliografia

- BARBOSA R. Feminismo e AIDS: quebrando o silêncio. In Parker, R. & Galvão, J. *Mulheres e AIDS no Brasil*. Relume-Dumará. Rio de Janeiro. 1992.
- BERER, M. & RAY, S. *Mulheres e HIV/AIDS*. Brasiliense. São Paulo. 1997.
- DINIZ, S. G. & ARAÚJO, M. J. O. *Mulher, sexualidade e AIDS: a epidemia e as novas responsabilidades dos programas de planejamento familiar*. Mimeo. (ANO).
- GOLDSTEIN, D. O lugar da mulher no discurso sobre AIDS no Brasil. In *Quebrando o Silêncio*. Relume-Dumará. Rio de Janeiro. 1994.
- PARKER, R. *Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica*. Dissertação de mestrado apresentada ao Departamento de Antropologia Social da Universidade de São Paulo. Mimeo. 1995.
- _____. (org). *A AIDS no Brasil (1982 - 1992)*. Relume-Dumará. Rio de Janeiro. 1992.
- VILLELA, W. *Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo*. Bestseller. São Paulo. 1991.
- _____. *Oficinas de sexo mais seguro para mulheres – Abordagem metodológica e de avaliação*. Cadernos Nepaids. São Paulo. 1996.
- _____. *Mulher e AIDS - ambiguidades e contradições*. Cadernos Nepaids. São Paulo. 1997.
- O'LEARY, Sally e CHENEY, Barbara. *A tripla ameaça – Mulheres e AIDS*. Instituto Panos, ABIA e SOS-Corpo. Londres/Rio de Janeiro/Recife. 1993.

MATERNIDADE VOLUNTÁRIA, PRAZEROSA E SOCIALMENTE AMPARADA

Breve história de uma luta

Simone G. Diniz*

A Angela Gerhke, com amor

Neste texto contaremos a trajetória do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde em seu trabalho de apoio à maternidade, à gravidez e ao parto saudáveis e prazerosos. Primeiramente, descreveremos as mudanças na reflexão sobre a maternidade entre nós. Em segundo lugar, relataremos das bases e das formas de trabalho de assistência individual e em grupo de gestantes e seus parceiros em nosso serviço. Por fim, descreveremos a participação do Coletivo na luta pela mudança das políticas com relação à maternidade e pela humanização da assistência.

Agradecemos às pacientes por compartilharem suas histórias de maternidade e por suas generosas contribuições na avaliação da assistência do Coletivo. Através de seus depoimentos aprendemos a melhorar cada vez mais nosso trabalho. Para garantir privacidade, seus nomes foram trocados.

Maternidade: do destino biológico à escolha consciente

No início do trabalho do **Coletivo**, nos encontrávamos na fase do movimento de mulheres em que era mais importante reafirmar o *direito* de decidir não ter filhos. Isto porque para nós era mais urgente questionar a maternidade obrigatória, considerada como destino biológico de toda mulher “normal”.

Estávamos em uma fase da nossa luta em que duas correntes políticas igualmente autoritárias disputavam a cena. Por um lado, os antinatalistas que alardeavam que o planeta estava à beira do colapso por causa da explosão demográfica. Portanto, para salvá-lo e salvar sua economia, as mulheres deveriam ser obrigadas a reduzir o número de filhos a qualquer custo. Por outro lado, os natalistas defendiam que elas deveriam ter quantos filhos a natureza lhes trouxesse, pois regular a fertilidade era pecado contra Deus e contra os interesses da nação. Logo, deveriam ser proibidas de usar contraceptivos e de interromper a gravidez indesejada. Estes dois pontos de vista consideravam a mulher como objeto, como meio para alcançar objetivos alheios, jamais como sujeitos de suas vidas, cidadãs capazes de fazer escolhas conscientes com relação à sua fertilidade.

Naquele momento, nossa luta priorizava garantir o acesso das mulheres à regulação de sua fertilidade como *direito*, não como obrigação. Isto através de métodos menos agressivos à saúde, da escolha consciente entre um amplo leque de métodos contraceptivos, da oferta de conhecimento do corpo e alternativas suaves no tratamento das queixas comuns das mulheres, em oposição à ginecologia altamente medicalizada e autoritária. Nesse contexto, o nosso treinamento inicial para a abertura do ambulatório¹ (1985 e 86) sequer contemplou a questão da maternidade. Nos primeiros meses de trabalho, quando nossas pacientes engravidavam

intencionalmente ou aceitavam uma gravidez inesperada, nossa primeira conduta era a de referi-las à assistência pré-natal em outro serviço que esperávamos que fosse de boa qualidade.

Logo vimos que oferecer uma assistência integral à saúde significaria passar a atender também estas mulheres. Assim, começamos a estruturar esse tipo de atendimento na consulta individual. Nesse mesmo período entramos em contato com duas grandes fontes de inspiração: uma, o trabalho de autoras americanas e européias, em especial do *Boston Women's Health Book Collective*, da Federação de Parteiras da Califórnia e do movimento pelo parto sem violência. Outra fonte, foi a então emergente produção crítica sobre assistência à gravidez e ao parto no Brasil, incluindo sua primorosa coleção de materiais educativos para profissionais e pacientes.

Dentro do movimento de mulheres havia um crescente reconhecimento de que, mesmo quando a maternidade era uma escolha consciente, era vivida em condições de opressão relacionadas ao controle social das grávidas. Isto é, eram tratadas não como pessoas, com necessidades adicionais e singulares, mas sim como embalagens do feto, como uma “pélvis ambulante” assexuada, a ser vigiada e submetida a um conjunto de intervenções institucionais irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa, em especial no campo da medicina.

O movimento de mulheres passou a questionar o modelo médico centrado numa concepção do feminino como condição essencialmente “defeituosa” e que, com base nesse juízo, tratava o parto como patológico e arriscado, usando tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa. Além disso, as feministas afirmavam que esse modelo “suprimia e ignorava as dimensões sexuais, sociais e espirituais do parto e do nascimento” (BWHBC, 1993:398). Nós destacamos a perda da autonomia e a expropriação da autoridade das mulheres sobre a reprodução pelas instituições de saúde, assim como o caráter desumano da tecnologia usada. Descrito nas palavras da poeta americana Adrienne Rich, nosso sentimento era:

Parimos em hospitais, rodeadas de especialistas varões, negligentemente drogadas e amarradas contra nossa vontade, [...] nossos filhos retirados de nós até que outros especialistas nos digam quando podemos abraçar nosso recém-nascido (1979:269).

A crítica feminista à assistência à gravidez e ao parto, que era um tema quase marginal na agenda do movimento de mulheres em um primeiro momento, foi muito importante no seu papel aglutinador de outros atores sociais para a criação de uma frente ampla que impulsionasse a mudança nas práticas de assistência. Além da movimentação pela humanização da assistência às mulheres e bebês, essa frente incluiu movimentos tão diferentes entre si como o que repensa a participação masculina na reprodução e o da medicina baseada na evidência (que luta contra a prática da medicina não-racional e sem base científica no ensino, pesquisa e assistência). A frente incluiu também profissionais críticos e seus conselhos, assustados com a inexplicável taxa de cesárea, além de formuladores de políticas preocupados com o custo crescente da assistência perinatal e seu precário resultado em termos de indicadores de saúde.



Fig. 7 — Passeata de 8 de março de 1991

Um olhar depois de quinze anos deste início nos leva a acreditar que o que postulávamos como movimento naquela ocasião tem encontrado cada vez mais eco na sociedade. De fato, temos conseguido impulsionar mudanças, ainda que em ritmo muito mais lento do que gostaríamos.

As bases para repensar a assistência à maternidade

A proposta que emergia dessa crítica era a da reivindicação da maternidade como potencialmente voluntária, prazerosa e socialmente amparada. Mas, o que queríamos dizer com estes adjetivos?

Maternidade voluntária

Por *voluntária*, estávamos pressupondo que a maternidade deveria ser uma escolha baseada na vontade consciente da mulher e/ou do casal (apesar do papel exato do parceiro na decisão reprodutiva ainda ser um objeto de polêmica entre nós). Isto implicaria na possibilidade de uma escolha, na medida do possível, livre de constrangimentos biológicos — a gravidez como resultado de uma relação desprotegida por falta de acesso aos métodos contraceptivos — ou psicológicos e sociais, como a pressão para que toda e qualquer mulher seja mãe, como condição para ser “normal” ou “completa”. Dessa forma, a maternidade voluntária pressupunha o livre acesso à contracepção e à interrupção da gravidez indesejada, assim como o reconhecimento social das mulheres como indivíduos plenos, para além de ter ou não ter filhos. Este é o trabalho prévio feito pelo Coletivo: oferecer opções de contracepção e a discussão sobre a gravidez indesejada.

O conhecimento do corpo e seus ciclos permite a escolha consciente tanto para evitar quanto para conseguir uma gravidez, como nos conta uma usuária:

Eu fui adquirindo consciência de como usar de maneira correta o contraceptivo, o diafragma, porque é um método bem seguro. (...) Aí, quando eu fui morar com este parceiro, que eu estou até hoje, eu queria engravidar, eu já sabia quando era que eu estava fértil, e engravidei logo. (...) Eu aprendi isso tudo nas consultas no Coletivo (Lúcia).

Maternidade prazerosa

Por *prazerosa*, nossa intenção era a de questionar o mito da “mater dolorosa”, o da mãe sofredora tão bem representada pela expressão “ser mãe é padecer no paraíso”. Nossa cultura judaico-cristã exalta o valor do sofrimento e do sacrifício como condições necessárias à maternidade, de forma a fazer equivaler a ela um certo masoquismo “normal”. Assim, a boa mãe seria a que sofre bastante na gravidez e mais ainda no parto, que sacrifica sua vida profissional e sexual pelo amor e doação aos filhos e que aceita passiva e alegremente cada um destes limites e dores como conseqüências naturais da maternidade.

O movimento de mulheres vem reivindicar que a maternidade, como qualquer trabalho humano livremente escolhido, está potencialmente cheio tanto de limites quanto de possibilidades, tanto de delícias quanto de dificuldades, e que boa parte do sofrimento associado a ela é socialmente construído, e não resultado “natural” desta escolha. Nós, como feministas, queremos ampliar nossa cota de prazer e realização potencialmente contidas na maternidade, e escolhemos associar a ela, prioritariamente, a satisfação e não o sacrifício. Isto implica em reconhecer a autoridade das mulheres para definir suas prioridades no ciclo gravídico-puerperal; em tratar a gravidez como um estado especial em que elas devem ter suas necessidades específicas (biológicas, psicológicas, sociais) atendidas; que o parto seja um momento de realização pessoal e familiar que deveria estar centrado e organizado em função das necessidades e interesses de mães e bebês, não de instituições e profissionais. Isto supõe que não há, *a priori*, nenhuma incompatibilidade entre os interesses delas e os de seus filhos, e que a melhor maneira de promover uma infância feliz e saudável é promover uma maternidade segura, feliz e saudável.

Para muitas pacientes, a descoberta de outras possibilidades de viver a maternidade é uma verdadeira revelação:

Às vezes, eu digo para minha filha: “olha, o teu parto eu morri para você nascer, mas morri assim, tecnologicamente falando, porque as máquinas quase me mataram”. Eu senti assim ...foi uma coisa assim de assassinato. Quando eu entendi que tinha outras maneiras..., eu não me conformava de ter passado aquilo. (...) Aí os dois outros partos foi uma coisa linda, descontraída, (...) o segundo foi cesárea também, mas foi tudo tão diferente, tão legal. (...) E o terceiro foi melhor ainda, foi normal e com parteira (...) Toda mulher devia ter direito a isso, por isso eu conto pra todo mundo (Cléia).

A convicção de que a maternidade pode ser prazerosa e ao mesmo tempo segura implicou o foco de nosso trabalho em duas frentes. Em primeiro lugar, o estímulo ao autocuidado das mulheres como forma de promoção da saúde e do bem-estar do binômio mãe-filho, através da boa alimentação, do trabalho corporal, do relaxamento, da reflexão sobre a maternidade dentro do projeto de vida pessoal, profissional e afetivo-sexual. Em segundo lugar, a informação para a escolha dos procedimentos na assistência à gravidez e ao parto, considerando que estes não são uma padronização imposta por quem faz a assistência, mas sim procedimentos eletivos, que devem ser conhecidos em detalhe antes de se optar por eles. Isso inclui desde a discussão sobre o uso de suplementos na gravidez até o questionamento das condutas “de rotina” na assistência ao parto.

Na esteira do movimento pela humanização dos nascimentos, questionamos cada um dos procedimentos de rotina como temas políticos, não apenas técnicos e supostamente neutros. Denunciamos a violência contida em sua pretensa “neutralidade científica”, que submetia as mulheres em nome da suposta segurança dessas práticas. Para nós, a “segurança” muitas vezes aparecia como argumento para justificar a intervenção desnecessária e o chamado “efeito cascata”, que fazia um procedimento trazer uma complicação que levava a outro procedimento e assim por diante.

O Coletivo foi uma das entidades que estiveram no primeiro momento da fundação da Rede pela Humanização do Nascimento e do Parto (Rehuna). Na sua carta de fundação, denunciava “as circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência, especialmente as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento”. E que, no parto vaginal,

A violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor (Rehuna, 1993).

O movimento de mulheres foi pioneiro na crítica à assistência ao parto como tema político. Nas últimas duas décadas, o questionamento sobre segurança e eficácia estende-se virtualmente a todos os procedimentos de rotina na assistência ao parto. A hospitalização² e a manutenção das mulheres deitadas, com sua mobilidade restrita, implica o aumento da duração do trabalho de parto e do risco de sofrimento fetal pela diminuição da intensidade e eficácia das contrações. Na posição horizontal há pressão sobre a veia cava, o que diminui o fluxo sanguíneo e de oxigênio para o feto. Como é mais desconfortável ficar deitada do que em posição vertical ou andando, a tendência é o aumento da tensão e da dor. Este é um dos estímulos para a solicitação da anestesia, uma vez que a mudança de posição e outras alternativas para lidar com a dor, como o relaxamento e a massagem não estão disponíveis. O uso da amniotomia (rompimento do saco amniótico, para acelerar o parto), feita de rotina em muitos serviços, deveria ser deixado apenas para situações muito precisas, pois o aumento das contrações e da pressão da cabeça do bebê sem a proteção da bolsa propicia tanto o edema do colo de útero quanto o sofrimento fetal. A depilação de pêlos pubianos, apesar de em muitos lugares ser um procedimento de rotina, é totalmente desaconselhável, pois provoca um aumento dos riscos de infecção pela fragilização da pele e das defesas naturais na raspagem.

A indução do parto com ocitócitos intravenosos, usada amplamente nos serviços brasileiros, foi formalmente contra-indicada como rotina nos Estados Unidos em 1978, devido ao seu impacto sobre a saúde de bebês e mães (BWHBC, 1993). Uma situação típica do risco associado a esse procedimento é o sofrimento fetal pelas

contrações artificialmente intensas provocadas pela indução, levando à intolerabilidade da dor pela mãe e ao uso de sedativos para reduzir as contrações. Estes sedativos, por sua vez, podem provocar depressão fetal e a necessidade de interromper rapidamente o parto pelos riscos de vida para o bebê. Outro risco importante na indução de parto, assim como na cesárea eletiva, é o erro no cálculo da idade gestacional, levando à prematuridade iatrogênica (BWHBC, 1993; Enkin e cols., 1995).

O aumento da frequência da cesárea, por exemplo, é um fenômeno comum a quase todos os países do mundo, mas em nenhum lugar a curva de aumento é tão acentuada nem as taxas alcançam níveis tão altos como no Brasil. Em regiões inteiras esta incidência fica acima de 70% (Faundes e Ceccatti, 1991) e em algumas instituições se mantém acima de 90%, onde se diz que, quando os partos normais acontecem, é porque os bebês “pregaram uma peça no médico, foram mais rápidos do que eles” (Albuquerque, 1996:6). Em estudo recente, a tendência ao aumento dos casos de cesária se acentua, passando de 45 a 63% entre 1989 e 1993. A incidência variou de 12,5 a quase 100%, dependendo do serviço, havendo cidades inteiras com taxas acima de 78% (jornal *Folha de São Paulo*, 12/07/96). Graças à visibilidade que vem sendo dada por vários setores sociais a este descalabro, desde 1997 têm surgido campanhas de mídia e políticas públicas que começam a ter um impacto na redução de cesárias, que vêm caindo para níveis menos inaceitáveis.

Por isso, em nosso trabalho nos dedicamos a uma discussão ampla sobre esses procedimentos e como planejar um parto que atendesse às necessidades das mulheres, onde encontrar profissionais e recursos que se dispusessem a respeitar e negociar com as pacientes essas necessidades. Como o Coletivo é um serviço de atenção primária e que não dispõe de condições para dar assistência aos partos, durante estes anos trabalhamos conjuntamente com os poucos e corajosos profissionais e serviços que ofereciam assistência humanizada ao nascimento, fosse o parto realizado em instituições ou em casa.

Maternidade socialmente amparada

Por *socialmente amparada* entendemos a maternidade como trabalho social, não como mera responsabilidade individual da mulher, mas do casal, da família e da sociedade, que recebe aquele novo cidadão ou cidadã na plenitude dos seus direitos. Para nós, os direitos das mulheres são inseparáveis dos direitos das crianças e não há, *a priori*, nenhuma incompatibilidade entre eles. Isto implica na defesa dos *direitos da maternidade*, desde a assistência pública e gratuita de boa qualidade, passando pela saúde no ciclo gravídico-puerperal, até a licença maternidade e o direito à creche e escolas públicas.

A reafirmação destes direitos é especialmente importante no contexto que atravessamos, quando enfrentamos uma política clara por parte do governo federal, de desmantelamento não apenas dos serviços públicos de saúde e educação pré-escolar e elementar, mas também dos direitos constitucionais à licença-maternidade. Em nosso trabalho de assistência individual e em grupo, isso implicou na informação sobre os direitos para as mulheres e mesmo de estratégias de negociação destas com os patrões.

A presença dos parceiros das grávidas na consulta e no grupo era estimulada, com o devido respeito às mulheres sem parceiros.

Eu me sentia uma mãe solteira, todo mundo vinha com os maridos e ele fugia, desaparecia, não era do grupo, era da minha vida, toda gravidez (Eva).

Ele adorava o grupo, às vezes eu tava com preguiça, mole, aquele calor e aquele barrigão, e ele não me deixava faltar. Ele adorou mesmo foi conviver com os outros pais, você não imagina como ajudou ele. Eu ria tanto... Uma vez ele me disse “ainda bem que os outros também pegaram barriga, eu achava que era só eu”. Tem uns que são amigos até hoje (Adriana).

É importante ressaltar que este foi o espaço no Coletivo onde a presença masculina foi estimulada de fato, inclusive com uma programação específica para os parceiros, em grupos dedicados só a eles ou ao trabalho com os casais. O resultado dessa presença foi altamente positivo e nos ensinou muito sobre as perspectivas masculina e feminina, seus encontros e desencontros.

As fases do trabalho, as descobertas, as alegrias e os limites

O trabalho individual e em grupo de assistência à maternidade passou por várias fases. A primeira etapa começa na consulta em 1986, até haver demanda suficiente para a formação de um grupo em 1988, além do atendimento individual. Dessa forma, parte do trabalho educativo realizado individualmente com as gestantes e seus parceiros passa a ser ampliado e conduzido em grupo.

No início, o grupo era dirigido por três pessoas, cada uma de um campo de especialização, porém com a proposta de uma parceria criativa para trocar conhecimento e crescer no processo. Uma das pessoas era Simone G. Diniz, médica sanitária do Coletivo. Ela trazia sua experiência como médica pré-natalista no Coletivo e em outros serviços, e a abordagem feminista sobre a assistência, muito inspirada pela reflexão desenvolvida pelas três pessoas. A segunda pessoa era o obstetra Rogério Guimarães, que tinha grande experiência na assistência aos partos em situações hospitalares. Ele era nossa entrada em hospitais e maternidades, além de muito disposto a acompanhar os partos no domicílio. É importante ressaltar que este foi o primeiro profissional do sexo masculino com quem trabalhamos. Como este grupo incluía homens, sua presença foi fundamental para aportar a dimensão masculina da reprodução, tão ausente em nosso meio. Além desses médicos havia ainda a terapeuta corporal Glória Cintra, uma profissional deficiente visual de grande sensibilidade para o tema e que estava grávida quando o grupo começou. Ela era a encarregada de conduzir o trabalho corporal, as massagens e a reflexão sobre sexualidade.

O grupo se desenvolveu em sessões quinzenais e com dois componentes principais: primeiro, reflexão e educação para a maternidade consciente, segundo, para o parto ativo. Incluía sessões sobre alimentação, sexualidade, relações (família, trabalho etc.), papel do parceiro, trabalho corporal, transformações físicas e emocionais na gravidez, relaxamento, planos de parto e cuidados com o recém-nascido. Esta fase do grupo tem um forte foco na proposta de partos domiciliares, até pelas características da demanda das mulheres, que procuram o Coletivo como um serviço que possa apoiá-las a viabilizar essa proposta. A fase de dar à luz em casa é uma situação considerada muito exótica, quase irresponsável — ainda que em outros países como Holanda e Inglaterra essa alternativa seja aceita e até desejável nos partos normais.

Este grupo funcionou de 1988 a 1990. Nesses três anos ofereceu assistência a dezenas de mulheres e casais, em partos domiciliares e hospitalares, normais e cirúrgicos, a pacientes de classe média e de baixa renda, de escolaridade primária ou pós-graduada, na cidade de São Paulo e municípios vizinhos. Contou com a ajuda de inúmeros outros profissionais, entre eles o pediatra Sérgio Spalter, até mesmo com a presença e suporte de casais que passaram pelo grupo e que se entusiasmaram em estar presentes nos partos das amigas.

E foi a experiência melhor que eu pude ter na vida, em termos de relação humana, né? Umas já eram conhecidas, outras ficaram muito amigas, a gente ia pra casa das outras, queria acompanhar os partos, depois as que já tinham tido voltavam no grupo para contar como foi. (...) Para a gente longe de mãe, família, era um apoio total (Adriana).

De 1991 a 1995, o grupo passa a ser conduzido por Melodie R. Venturi, paramédica norte-americana do Coletivo que, inspirada pela sua própria experiência de dar à luz em casa e estimulada por Simone a atender os casos de pré-natal, organiza o grupo de grávidas e “grávidos” nessa nova fase. Nesta etapa, conta com a colaboração de uma terapeuta, que conduz o trabalho corporal, enquanto Melodie faz a discussão sobre alimentação, sexualidade, relações, papel do parceiro, transformações físicas e emocionais na gravidez, relaxamento, planos de parto e cuidados com o recém-nascido.

O grupo passa a ter também a valiosa contribuição da parteira alemã Angela Gerhke, que participa da discussão das alternativas de parto. Junto com Melodie, oferece assistência a várias das mulheres que fazem parte do trabalho. Seu esforço foi muito bem sucedido ao brindar alternativas mais humanizadas e partos domiciliares, para os quais tinha grande experiência, como parteira do Ambulatório Monte Azul, zona sul da cidade de São Paulo.

As pacientes e seus parceiros contam emocionados sobre a oportunidade de viver o parto como evento familiar em sua própria casa, sobre como a coragem que o trabalho do grupo e a tranqüilidade de Melodie e

Angela os inspirou para enfrentarem os médicos e mesmo familiares que, em uma “cultura da cesárea”, não conseguiam confiar na segurança do parto normal e não-hospitalar:

Eu passava na consulta com a Melodie e passava também no posto, para pegar os remédios e fazer os exames. Aí eu falei para o médico que ia fazer o parto com parteira, ele falou: “A senhora é uma louca total! Onde já se viu, com duas cesáreas, fazer um parto normal? A senhora vai morrer e matar o seu filho!” Ele dizia que isso não existia. (...) E foi tudo tão superlegal, eu me senti tão segura... Não levei ponto nem nada... Até hoje, eu falo: como é que eu consegui tudo isso? Com uma hora (do parto) eu estava andando, boinha ... foi espetacular (Cléia).

A partir de 1996, o grupo passa a ser conduzido pela obstetra Sylvia Marien, que também se encarrega do atendimento individual. Nesta nova fase do trabalho, para além das questões já colocadas para o grupo nas fases anteriores, estamos tendo que lidar com duas novas dificuldades. Por um lado, a piora da assistência pública e a crescente demanda não atendida dos centros de saúde da região. Por outro, a epidemia de AIDS. O trabalho se organiza nos moldes dos anteriores, porém enfrentando dificuldades adicionais, como a necessidade de referência especializada para muitos dos casos.

Aí eu passava no CRT (Centro de Treinamento e Referência em DST/AIDS-São Paulo), adoro a turma lá, mas não tinha como arranjar logo médico para o pré-natal, aí eu vi no mural que aqui no Coletivo tinha consulta. Me trataram tão bem, aqui e lá, ninguém me discriminou porque eu era positiva e estava grávida. Sim, porque tem lugar que acham que você é uma louca (Gabriela).

Nas entrevistas para a preparação deste texto e em outras oportunidades no nosso trabalho, escutamos repetidamente que, na assistência ao parto, as pacientes positivas enfrentam condutas como isolamento, justificado por argumentos sem sentido do tipo “a mulher pode sangrar no leito, aí uma outra, já com um ferimento, pode vir e sentar em cima do sangue”, e assim por diante. Outros procedimentos pouco éticos, pouco humanos e nada técnicos, como retardo na assistência ao parto e maus tratos em geral, foram referidos com grande frequência. Como relata uma mulher que deu à luz em hospital-escola de referência:

Eu sofri muito preconceito. Eu fiz o meu pré-natal e estava tudo certo para mim ganhar o nenê. O parto seria cesariana e seria feita uma cirurgia para eu não engravidar mais. Só que, (...) chegando lá, simplesmente fui tratada como uma cachorra.(...) Simplesmente chegou o momento que o médico falou: “Ó, some com essa mulher daqui, porque aqui não dá para ficar”. Eu vi a hora do nenê nascer na porta do hospital. (...) E eles me deixaram no isolamento, a cama, a minha cama quem trocava era eu, eu deixava no cantinho, não vinha ninguém. Depois vieram, pegaram a roupa de cama colocaram num saco de lixo. (...) Entravam lá, jogavam a comida, eu fiquei dentro de um quarto, fechada, igual um bicho (CFSS, 1997).

As muitas dificuldades para uma assistência humanizada

O nosso trabalho de oferecer assistência humanizada à gravidez e ao parto enfrentou, nas suas diversas fases, inúmeros obstáculos, muitos dos quais resultados das condições concretas da organização das práticas de saúde no Brasil. Um dos mais importantes foi a falta de referência certa para exames de rotina, o que dependia de um arranjo individual para cada mulher, que variava do muito fácil (para aquelas que tinham convênio ou seguro saúde) ao muito difícil (quando a mulher era de baixa renda, dependia totalmente do setor público e este impunha esperas de meses até que a paciente pudesse acessar os exames, que ainda dependiam de sua matrícula naquele serviço). Em 1998, a situação estava tão grave que as pacientes dos centros de saúde vizinhos procuravam o Coletivo para poder ter consultas e exames (pagos, ainda que abaixo do valor de mercado), pois segundo nos informavam, naqueles serviços o agendamento de consultas era para dali a quatro meses.

Outra grande dificuldade foi a distância entre o que nós acreditamos ser uma boa assistência e o que muitas vezes as mulheres podiam conseguir se não encontrassem um profissional capaz de entender e negociar suas necessidades, principalmente nos casos de gravidez de risco. Como nós não podíamos garantir a assistência ao

parto, em muitos momentos as mulheres e casais tiveram que enfrentar a dura realidade da peregrinação por leitos de maternidade, da cultura intervencionista, a separação da família, a cesária mal-indicada, o descaso dos profissionais exaustos, desmotivados e descrentes.

O papel do Coletivo na mudança das práticas de assistência

Toda essa trajetória nos ensinou que são muitas as brechas para a mudança, para as mulheres atendidas por nós e para as que se beneficiam das transformações das políticas de assistência, com as quais nós certamente temos contribuído direta e indiretamente.

O Coletivo participou de muitas iniciativas de mudanças na assistência ao parto. No final da década de 80, fizemos parte de uma pesquisa participativa com movimentos sociais sobre a violência nas práticas de saúde em São Paulo, chamada *Violência – Um Olhar sobre a Cidade*. Esta pesquisa foi coordenada pelo antropólogo médico Paulo Michalyszyn e promovida pelo Centro de Formação de Recursos Humanos (Cefor) da Prefeitura de São Paulo. Revelou-se pioneira em documentar quanto o atendimento aos partos é violento, os funcionários são agressivos, freqüente-mente humilham as pacientes e não respeitam sua dor (Souza, 1992), como na opinião de parte significativa dos entrevistados em 65 grupos focais.

Em 1990, o Coletivo e a Coordenadoria Especial da Mulher da Prefeitura de São Paulo, juntamente com outras entidades, organizaram o seminário *Violência – É Possível Viver Sem Ela*. Participamos com um trabalho sobre *Dar à luz em condições violentas*, sobre as condições do parto hospitalar em São Paulo, propondo a instalação de uma assistência humanizada e de hospitais abertos nos serviços municipais.

Participamos também da fundação da Rede pela Humanização do Nascimento (Rehuna), desde a sua primeira reunião em Campinas (1993) e temos participado de seus eventos e campanhas. A Rehuna é uma rede de grupos autônomos, de instituições de pesquisa e de serviços públicos e privados que tem se mostrado muito ativa em parcerias com os mais diversos setores sociais e conseguido efetivamente a mudança de muitos serviços, através da formação e reciclagem de recursos humanos e consultorias para sua organização.

Com o apoio da Fundação Ford, o Coletivo conduziu uma pesquisa entre 1997 e 1999 sobre a percepção da assistência à gravidez e ao parto na experiência de suas usuárias, que resultou em várias apresentações em encontros e aulas em cursos. O presente texto é, em grande parte, fruto desta pesquisa. O Coletivo também incluiu em sua anamnese uma pergunta: se as pacientes já haviam se sentido mal tratadas em algum serviço (delegacia, posto, hospital etc.) para verificar o quanto as mulheres manifestam seu sentimento de injustiça quando confrontadas com essas formas de violência institucional.

Em 1997, com o apoio da Fundação Levi-Strauss, o Coletivo promoveu dois seminários sobre maternidade. O primeiro, sobre Maternidade e Direitos Humanos, com apresentações de Simone G. Diniz e Angela Gerhke. O segundo, sobre Maternidade em Tempos de AIDS, com a participação de Nair Brito e outras integrantes do Grupo de Incentivo à Vida e da Dra. Grace Kenji, da Maternidade Vila Nova Cachoeirinha.

Temos também participado de campanhas pelo parto normal promovidas pelo Conselho Federal de Medicina e da elaboração de uma cartilha sobre direitos das gestantes, em parceria com a Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos e com o Ministério da Saúde.

Em 1999, participamos em mesa-redonda sobre *Violência institucional na assistência ao parto* e colaboramos com a promoção do seminário *Vitrines da Humanização*, promovido pelo GENP (Grupo de Estudos sobre Nascimento e Parto, do Instituto de Saúde de São Paulo). Este seminário foi organizado também com o objetivo de apresentar os finalistas do concurso Galba de Araújo - promovido pelo Ministério da Saúde - e premiou os serviços que melhor conseguiram transformar e humanizar a assistência ao parto. A existência desse prêmio é um atestado de que a realidade está mudando, que a proposta de humanização da assistência vem se concretizando cada vez mais — apesar de toda a resistência e lentidão — e que nossas propostas não

são mais esforços isolados, mas tornam-se parte de uma agenda de mudanças, compartilhada pelos formuladores de políticas e profissionais comprometidos com a qualidade de sua prática.

Nesse sentido, para nós, que há quinze anos atrás éramos olhadas como profissionais “marginais” à prática, a mudança é muito palpável e resultado de um trabalho coletivo que cada vez mais envolve outros setores sociais em sua onda humanizante.

Bibliografia

ALBUQUERQUE, R. O país das desne-cesáreas. *Jornal da Febrasco*. Julho. 1996.

BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar - anticoncepção e partos cirúrgicos - à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas*, vol.1, nº 2, pp. 366-381. 1993.

BWHBC, Boston Women' Health Book Collective. *The New Ourbodies, Ourselves*. Touchstone Simon and Schuster. New York City. 1993.

CFSS, Coletivo Feminista Sexualidade Saúde. *Seminário maternidade em tempos de AIDS*. Transcrição. 1997.

_____. *Seminário maternidade e direitos humanos*. Transcrição. 1997.

DINIZ, S.G. *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma re-leitura médico-social*. Dissertação de mestrado. FMUSP. São Paulo. 1996.

_____. *Gender violence and its consequence on maternal and neonatal health*. Texto apresentado na reunião da Iamaneh (International Association on Maternal and Neonatal Health). Mimeo. 1997.

ENKIN, M; KIERSE, M.; RENFREW, M. & NIELSON, J. *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford Medical Publications. Oxford. 1995.

FLOYD, R.D. *Birth as an american rite of passage*. University of California Press. Berkeley and Los Angeles. 1992.

FAUNDES, A.E. & CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendência, causas, conseqüências e propostas de ação. *Cadernos de Saúde Pública*, v.7, nº2, pp.150-173. 1991.

MOLD, J. & STEIN, H.F. The cascade effect in the clinical care of patients. *NEJM*, 314:8. Feb. 20 (1986) 512-514.

REHUNA, Rede Pela Humanização do Parto e do Nascimento. *Carta de Campinas*. Mimeo. Agosto, 1993.

RICH, A. *On lies, secrets and silence*. Selected Prose 1966-1978. W.W Norton. New York. 1979.

SOUZA, E. M. Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade. *Cadernos Cefor*, Série Textos nº7. São Paulo. 1992.

TANAKA, A. C. d'A. *Maternidade - dilema entre nascimento e morte*. Hucite e Abrasco. São Paulo/Rio de Janeiro. 1995.

WHO. Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, 8452- ii, 436-7. 1985.

ABORTO

Interrupção voluntária da gravidez

*Maria Tereza Verardo**
*Maria Jucinete de Souza***

Toda mulher em idade reprodutiva sabe o que significa a angústia do atraso da menstruação quando não se pretende engravidar. Por mais segura que esteja quanto aos métodos anticoncepcionais adotados, é impossível não ficar temerosa, pois nenhum método contraceptivo pode ser considerado 100% seguro. Apesar dessa realidade, é irrefutável que o uso de métodos de planejamento familiar reduz a possibilidade de gravidez indesejada. No entanto, quando a gravidez acontece só existem dois caminhos: o parto ou o aborto.

Dados encontrados na Internet¹ informam que seis em dez mulheres americanas que fizeram aborto experimentaram uma falha de contraceptivos. Cerca de 58% das que abortaram em 1990 usavam um método de contracepção durante o mês em que engravidaram. Somente 11% nunca tinham usado um método de controle de natalidade. Essa taxa se refere principalmente a mulheres jovens, solteiras, pobres, negras ou hispânicas, o que significa, naquele país, com um nível menor de informação.

O aborto é classificado como a interrupção de uma gravidez. Alguns obstetras, para defini-lo, delimitam o tempo de gestação até a 22ª semana de gravidez. Após esse período, a interrupção é considerada parto prematuro e, se houver óbito do feto, este é considerado natimorto. Ou seja, até os cinco meses e meio de gravidez a expulsão do feto é considerada aborto pela medicina; dos cinco meses e meio em diante, parto prematuro. Verificamos, no entanto, que a grande maioria dos abortamentos obedece a um prazo bem menor que as 22 semanas delimitadas pelos obstetras.

Os abortos podem ser espontâneos ou provocados. Espontâneos, se a interrupção ocorrer em consequência de vários fatores de ordem natural, isto é, se a expulsão do feto for realizada pelo próprio organismo sem interferência externa. Provocados, quando sofrem a interferência de agentes mecânicos (cureta, aspiração etc.) ou químicos (remédios abortivos). Os abortos provocados podem ainda ser classificados como terapêuticos (para salvar a vida da mãe) ou eugênicos (quando o feto contrai doenças graves) e possuem caráter legal em diversos países. Quando ocorrem simplesmente por desejo da mulher, geralmente possuem caráter ilegal por serem considerados criminosos, como no Brasil, por exemplo.

Aborto terapêutico e aborto eugênico

O aborto terapêutico, praticado quando a vida da mãe corre perigo, é também chamado “aborto necessário”. Com os avanços da medicina, está se tornando cada vez mais raro. É indicado para portadoras de doenças renais e vasculares, como a glomerulonefrite e a hipertensão; insuficiências respiratórias graves provocadas por tuberculose ou asma crônica; vários tipos de cardiopatias, diabetes, hemopatias como a leucemia e a

doença de Hodgkin e alguns tipos de câncer, principalmente do colo do útero, cujo risco para a mulher que engravida é imediato.

Tomemos como exemplo uma gestante cardiopata, isto é, com graves problemas cardíacos, que necessita submeter-se a cirurgia cardiovascular inadiável e se encontra no primeiro trimestre de gravidez. A gravidez representa, nesse caso, grande risco para a gestante e, mesmo que haja recusa ao aborto, ele será inevitável devido à própria cirurgia. Vejamos outro exemplo, uma mulher cuja gravidez se desenvolveu nas trompas, a chamada gravidez ectópica ou tubária. Se o feto não for removido ocorrerá ruptura das trompas, hemorragia interna e morte da gestante em vários casos. Tratando-se de câncer de colo uterino existem duas possibilidades de tratamento, dependendo do estágio da doença: radioterapia intra-uterina ou histerectomia radical, isto é, retirada do órgão canceroso. Ambos os tratamentos adotados implicam óbito fetal inevitável. Classificadas ainda no campo do aborto terapêutico, temos as indicações de caráter psiquiátrico. A medida é recomendada em casos de graves psicoses e debilidade mental.

Um último tipo que se enquadra na categoria de aborto terapêutico e também na de aborto eugênico é o caso de gravidez resultante de estupro. Costuma-se classificá-lo na categoria de aborto terapêutico uma vez que, como decorrência de forte abalo psíquico produzido pelo estupro, a gestante tem sua saúde mental abalada. Enquadra-se também na categoria de aborto eugênico, porque quando não se conhece a saúde mental e física do estuprador, pode haver possibilidade dele ser portador de fatores hereditários patógenos ou doenças adquiridas que podem ser transmitidas ao feto. Legalmente, este tipo de aborto recebe tratamento diferenciado em diversos países. No Brasil ele é permitido qualquer que seja a idade da vítima.

Uma preocupação muito grande para todos aqueles que lidam com a temática do aborto, sejam as feministas ou os profissionais de saúde, é o alto índice de gravidez na adolescência. No Brasil, as pesquisas recentes indicam que este índice tem aumentado nos últimos anos. Dados levantados no SUS (Sistema Único de Saúde) indicam um aumento de 20% do número de partos em 1998 entre jovens de dez a dezenove anos em relação a 1997. Em todo o mundo, 10% dos nascimentos — cerca de quatorze milhões — são atribuídos a adolescentes. Cerca de 50% das nigerianas têm pelo menos um filho antes de completar 20 anos. Somente o Japão consegue ter um índice abaixo de 1% de gravidez na adolescência².

Nesta faixa etária a possibilidade de complicações é muito maior do que em mulheres adultas, o que classifica esta gravidez como de risco. Em 1990, o risco de morte de meninas de dez a quatorze anos foi cinco vezes maior do que o de meninas de quinze a dezenove anos que, por sua vez, foi duas vezes maior que de mulheres adultas.

A doença mais comum na gravidez adolescente é a toxemia gravídica. Há um grande aumento da pressão arterial e inchaço nos pés, mãos e rosto, que podem provocar uma eclâmpsia caracterizada por convulsões. Esse quadro pode resultar em coma, morte da gestante e até do bebê, se não houver atendimento rápido e competente.

Além deste sintoma realmente grave, outras conseqüências podem advir da gravidez na adolescência, principalmente se a menina tiver menos de dezesseis anos. Seu corpo ainda está em fase de crescimento e as formas físicas ainda em desenvolvimento. O diâmetro da bacia ainda não se formou completamente e esse estreitamento pode impedir o desenvolvimento do bebê ou ocasionar partos prematuros. Por estar em crescimento e portar outro ser em desenvolvimento em seu corpo, a possibilidade de anemia torna-se grande, se sua alimentação não for equilibrada. Tudo isto faz com que o pré-natal bem feito e com acompanhamento médico cuidadoso torne-se ainda mais indispensável.

No entanto, se os problemas físicos podem ser evitados com um bom acompanhamento médico, os problemas sociais são mais difíceis de serem evitados. 70% das adolescentes grávidas abandonam a escola até um ano depois de terem dado à luz. A possibilidade de conseguir um emprego diminui bastante para esta garota. O risco de ser abandonada pelo namorado ou pelos pais é muito grande, ou seja, a exclusão social constitui um dos graves problemas da gravidez precoce³.

Uma parcela considerável destes casos acaba em abortamento. Muitos deles são efetuados clandestinamente e com problemas ou seqüelas. Pesquisa realizada pela Prof. Lucila Amaral Vianna e publicada pela *Folha de São Paulo*, mostrava que

20% das mulheres que tiveram complicações com aborto clandestino e foram internadas em hospitais públicos da cidade de São Paulo tinham dezenove anos ou menos. Outras 53% tinham entre vinte e 39 anos. Entre as oito que morreram de aborto em 1994 em São Paulo, três tinham dezessete anos ou menos e estavam na 7ª série. Todas eram católicas, moravam na periferia e suas famílias não sabiam que estavam grávidas⁴.

Aspectos legais do aborto

O aborto é regido legalmente pelo Código Penal de 1940, e que diz:

Art. 124 – Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lhe provoque.

Pena: detenção de 1 a 3 anos.

Aborto provocado por terceiros:

Art. 125 - Provocar aborto sem o consentimento da gestante.

Pena: reclusão de 3 a 10 anos.

Art. 126 - Provocar o aborto com o consentimento da gestante.

Pena: reclusão de 1 a 4 anos.

Parágrafo Único: Aplica-se a pena do artigo anterior se a gestante não é maior de quatorze anos, ou é alienada ou débil mental, ou se o consentimento é obtido mediante fraude, grave ameaça ou violência.

Forma qualificada:

Art. 127 – As penas cominadas nos dois artigos anteriores são aumentadas de um terço, se, em consequência do aborto, ou dos meios empregados para provocá-lo, a gestante sofre lesão corporal de natureza grave; e são duplicadas se, por qualquer destas causas, lhe sobrevêm a morte.

Art. 128 – Não se pune o aborto praticado por médico:

I. Se não há outro meio de salvar a vida da gestante.

II. Se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido do consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Apesar de constar no Código Penal a legalidade do abortamento quando a gravidez é consequência de estupro ou risco de vida da mãe, nenhum médico de hospital público se dispunha a atender esses casos sem a autorização de um juiz. O que significava peregrinação da gestante por meses a fio, até que a gravidez estivesse num momento em que já não era mais possível o abortamento. Esta era a técnica do médico para esquivar-se de atender. Dessa forma, uma lei que existia há mais de cinquenta anos não era aplicada.

Em 20 de agosto de 1997, em uma sessão tumultuada realizada na Câmara dos Deputados pela Comissão de Constituição e Justiça, foi aprovado por 24 votos contra 23 o projeto que obriga os hospitais da rede pública a cumprirem a lei de efetuarem o abortamento nos casos de estupro e risco de vida da mãe. O debate torna-se público e extremamente acirrado com várias facções protestando contra a decisão na Câmara. Outra parte da sociedade aproveita a discussão para se manifestar contra o aborto até mesmo nos casos já previstos em lei, como se ali estivesse sendo aprovada sua legalização e não o simples cumprimento de uma lei já existente.

Este Código e o Código de Ética Médica dão ao médico o direito de não praticar um aborto quando sentir que isso ofende seus princípios morais. Sua recusa é absolutamente justa e adequada a uma democracia. O problema é que as mulheres não são regidas por esta mesma democracia e não têm o direito de decidir o que consideram melhor para si mesmas. É interessante notar que todos parecem ter direitos numa democracia, menos as mulheres. Os homens decidem o que é melhor ou não para elas e quando essas decisões são contestadas eles se espantam, como se as mulheres não tivessem capacidade de decisão.

Depois de muita luta, em 1989, graças à inserção de feministas no aparelho de Estado, algumas leis passaram a ser cumpridas e hospitais públicos implantaram o abortamento nos casos previstos por lei. Foi na gestão da prefeita Luiza Erundina⁵ que várias feministas ocuparam cargos de poder na Prefeitura de São Paulo. Na Secretaria de Saúde, a presença de Maria José de Oliveira Araújo na direção do Programa de Saúde da Mulher e a sensibilidade da direção e de profissionais do Hospital do Jabaquara permitiram que o aborto nos casos previstos por lei fosse implantado nesse hospital. A burocracia antes existente nesses casos foi substituída pela confiança na palavra da mulher e esse exemplo foi seguido por outros estados do país⁶.

Além desse passo decisivo na inserção das mulheres numa sociedade democrática, esse processo foi consolidado pela instalação de postos de saúde com condições de atendimento das queixas de saúde feminina, informação e possibilidade de aquisição dos métodos anticoncepcionais e orientação sobre auto-exame de mama.

Debates sobre a despenalização do aborto

Apesar do imenso avanço que significou a implantação do serviço de aborto previsto por lei, muito ainda tem se discutido sobre o tema. Uma parte da sociedade vem tentando ampliar sua despenalização para casos de malformação fetal, ou seja, casos em que a criança não teria condições de sobrevivência por muito tempo devido a sua patologia. Mas, este tema gera debates apaixonados. É o caso do deputado Helio Bicudo (PT-SP) que diz:

Essa posição me faz lembrar as ideologias nazistas e fascistas de raça pura. Em Esparta matavam-se crianças malformadas para que se tivesse um povo hígido. Hoje, sob pretexto de que as crianças malformadas não devem sofrer, busca-se eliminá-las. Mas de quem é o juízo do sofrimento? Não seria egoísmo dos pais? Cabe aos pais dar aos filhos malformados o amor de que eles necessitam para viver os dias limitados de que dispõem⁷.

No entanto, alguns médicos e mulheres defendem este tipo de aborto por ser causa de muito sofrimento para a gestante que espera nove meses por uma criança que vai viver algumas horas ou dias, ou que não tem perspectiva de cura para seu mal. Aqueles que se manifestam contra o aborto eugênico não pensam em nenhum momento nesta mulher e em seu sofrimento.

Fato concreto é que o aborto existe e é preciso fazer algo com relação a isso. O mesmo *site* www.aborto.com informa que sua maior ocorrência na América Latina é no Peru e Chile — cerca de um para vinte mulheres com idade entre quinze e 49 anos. Em seguida vêm Brasil, Colômbia e República Dominicana, onde uma mulher em cada trinta faz aborto induzido. O índice mais baixo é encontrado no México, uma em cada quarenta mulheres. Vejamos no quadro abaixo:

Incidência de Abortos

País e ano	Número anual de abortos	Percentual por mil mulheres	Média por mulheres
Brasil, 1991	1.433.350	36.5	1.3
Chile, 1990	159.650	45.4	1.6
Colômbia, 1989	288.400	33.7	1.2
Rep.Dominicana ⁸	82.500	43.7	1.5
México, 1990	533.100	23.2	0.8
Peru, 1989	271.150	51.8	1.8
América Latina	4.000.000	33.9	1.2

Estes seis países representam cerca de 70% da população da América Latina e sabe-se que a maioria das que procuram aborto são casadas e têm filhos. Ou seja, os números falam mais do que muitos argumentos. Se esta é a realidade, é com ela que temos de lidar. O aborto existe, milhares de mulheres estão morrendo por fazê-lo de forma clandestina. Essas vidas podem ser poupadas quando deixarmos de ser hipócritas e passarmos a adotar medidas efetivas para salvar-lhes a vida.

Talvez a forma mais contundente de demonstrarmos que lutar pela legalidade do aborto é lutar pela vida, seja através dos números. Em países onde a prática é legalizada, seu número diminuiu — o mesmo *site*⁹ na Internet informa que eles estão entre os que possuem taxa mais baixa no mundo — assim como o número de mortes de mulheres. Vejamos este quadro:

País onde o aborto é legal	% de aborto por mil mulheres em idade entre 15 e 44 anos	Mortes Maternais por cem mil nascidos vivos
Estados Unidos	26	12
Inglaterra/Wales	15	9
Holanda	6	12
Finlândia	10	11
Japão	14	18
Austrália	17	9
Países onde o aborto é ilegal		
Brasil	38	220
Colômbia	34	100
Chile	45	65
República Dominicana	44	110
México	23	110
Peru	52	280

Ou seja, os argumentos que enfatizam que a legalização do aborto significaria um aumento do número de abortamentos se tornam completamente falaciosos diante dos fatos concretos, assim como aqueles que apontam que lutar pela vida é lutar pela legalidade encontram ressonância diante dos números acima. Para essas pessoas, a vida da mulher é muito mais significativa do que a vida de um ovo fecundado.

Se estes dados não forem convincentes, talvez a reportagem intitulada *Aborto mata 275 vezes mais onde é proibido*¹⁰ seja mais contundente. Foi publicada num jornal que não é identificado como simpatizante da legalização do aborto e baseia-se em uma pesquisa realizada pelo Instituto Alan Guttmacher, organização apartidária que financia pesquisas sobre reprodução humana e análises políticas em todo o planeta. Segundo a reportagem:

Vinte e seis milhões de mulheres praticam aborto, todo ano, em países onde ele é permitido, 312 morrem em decorrência de complicações do ato. Por outro lado, 20 milhões de mulheres praticam aborto em lugares onde ele é ilegal. Desse número, 66 mil morrem por complicações. (...) Em países em desenvolvimento [com exceção da China] acontecem 330 mortes a cada 100 mil abortos. Em países desenvolvidos o índice de mortalidade é de 1,2 para cada 100 mil abortos. O maior risco se encontra na África: a cada 100 mil abortos, 680 acabam matando a parturiente.

Números como esses devem ser suficientes para que as pessoas se dêem conta de que é preciso fazer algo mais do que fingir que não vêem a grave realidade. Lutar pela legalização do aborto é tentar salvar milhares de vidas de mulheres jovens com grande capacidade produtiva e com família, o que significa outros filhos para criar, com desejos e sonhos. Ao mesmo tempo é interessante notar que o Brasil sempre quis se igualar aos países desenvolvidos. No entanto, nesses países o aborto é legalizado e feito em hospitais públicos com todas as condições higiênicas e de segurança. Porque nesse aspecto também não tentamos nos igualar a tais países?

A mesma reportagem denuncia que no Brasil há três grupos distintos de mulheres que fazem aborto:

As pobres rurais, as mulheres pobres urbanas e as mulheres urbanas com renda superior. Entre as pobres rurais, 73% dos abortos são cometidos por elas mesmas [com práticas como a introdução de agulhas de crochê no útero]. Entre as mulheres pobres urbanas, 57% dos abortos são cometidos por elas mesmas ou por curiosas [parteiras sem habilitação legal] sem treinamento. Os médicos são responsáveis por 79% dos abortos de mulheres urbanas com renda superior. O “dia seguinte” é previsível: 54% das mulheres pobres rurais apresentam problemas decorrentes do aborto. O índice de complicações é menor [44%] entre as mulheres pobres urbanas e menor ainda [13%] entre as urbanas com renda superior.

Este relato parece ser ilustrativo da discriminação que se estabelece com a ilegalidade do aborto: são as mulheres mais pobres as que mais caro pagam com essa situação, porque pagam com suas próprias vidas ou com a mutilação de seus corpos.

A religião católica e o aborto

Poderíamos ter ampliado este tópico para falar sobre a posição de diversas religiões em relação ao aborto¹¹. No entanto, pareceu-nos melhor abordar somente a católica, por ser considerada a religião oficial do Brasil e a mais rígida em seus princípios, ao mesmo tempo em que é a mais controvertida.

É importante lembrar que nem sempre as posições da religião católica com relação ao aborto foram as que vigoram hoje. Esta percepção nos permite avaliar o quanto proibir ou liberar o abortamento é fruto de determinada concepção pessoal e não um fato natural, como querem nos fazer pensar. A Igreja Católica tem mudado sua atitude conforme o Papa que se encontra no poder. Vejamos a seguir.

No século IV, São Basílio considerava que a alma era infundida no novo ser no momento da fecundação. Esta teoria, denominada *animação imediata*, proibia o aborto em qualquer fase, já que a alma passava a pertencer ao novo ser no preciso momento do encontro do óvulo com o espermatozóide.

No século VI, com o Código de Justiniano, passou-se a considerar que o momento da infusão da alma só ocorreria quando o feto adquirisse forma humana. O que significaria que, enquanto a alma não estivesse infundida no novo ser, o aborto não poderia ser proibido.

O Concílio de Trento (1545-1563) passou a adotar a teoria de que o movimento era uma expressão da alma. Isto é, o feto passaria a ter alma no instante em que a mulher sentisse os primeiros movimentos em seu ventre. É a doutrina da *animação mediata*.

Com Pio IX, a teoria da animação imediata foi restabelecida e essa é a posição atual da Igreja. As pessoas que fizerem aborto, seja qual for o motivo, serão punidas com a excomunhão. Atualmente alguns grupos de religiosos tem divergido dessa concepção da Igreja. Vejamos o que dizem os representantes dessas novas facções da Igreja Católica.

Em entrevista dada para a revista *Manchete*, 12 de outubro de 1996, o Padre Christian De Paul De Barchinfontaine fala sobre sua posição em relação à Igreja:

O que ela deveria fazer era promover mais a educação, admitir e transmitir as informações sobre os métodos anticoncepcionais. A ciência existe para melhorar a qualidade de vida das pessoas e a Igreja tem de caminhar com estas evoluções. Quem conhece o sofrimento pelo qual passa uma mulher que aborta? Qual é o ombro ao qual ela pode recorrer? A sociedade culpa e marginaliza a mulher, mas até onde sei, são necessárias duas pessoas para se fazer um filho.

Semelhante é a posição de Ivone Gebara, do grupo Católicas pelo Direito a Decidir:

Sou hoje a favor da descriminalização e legalização do aborto como uma forma de diminuição da violência contra a vida. (...) Independente da legalização ou não do aborto, independente dos princípios de defesa da vida, independente dos princípios que regem as religiões, o aborto tem sido praticado. Portanto, é um fato clandestino público e notório. (...) A legalização não significa a afirmação da “Bondade”, da “Inocência” ou ainda da “Defesa Incondicional” e até leviana do aborto como ato, mas apenas a possibilidade de humanizar e dar condições de decência a uma prática que já está sendo feita².

A verdade, como ressaltam estas vozes, é que o aborto acontece, independentemente da legalização. Com ele a discriminação torna-se ainda mais visível, pois só as mulheres ricas, ou pelo menos de boa situação financeira, podem pagar um aborto numa clínica decente com condições de higiene e acompanhamento médico. As mulheres mais pobres sujeitam-se a qualquer condição, porque não têm o direito de escolha. A Igreja, que diz fazer opção pela pobreza, não enxerga isso.

No entanto, uma coisa não pode ser negada: talvez as restrições da Igreja Católica sejam válidas para seus fiéis. Todos aqueles que não pertencem a esta Igreja - hoje parece ser a maioria da população - não têm nenhuma obrigação de seguir seus preceitos. Ou seja, mais uma vez perguntamos onde está a liberdade do cidadão e da cidadã de optar pelo que deseja para a própria vida?

O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e o aborto

Para o Coletivo, trabalhar com a questão do aborto não difere muito do trabalho que tem realizado com a questão da saúde da mulher. Isto é, percebe o significado do feminino: o fardo individual que traz, a imposição social que representa, o peso político que determina, a inadequação da mulher aos papéis que lhe foram impostos, a alienação que é ditada sobre o corpo feminino, a determinação sobre a reprodução e as dificuldades ao exercício de seus direitos de cidadã.

Conscientes deste quadro, ao constatarmos a gravidez e nos certificarmos de que é indesejada, nosso papel é abrir espaço para que a mulher possa falar a respeito do que sente no momento da sua confirmação. É necessário que ela se sinta acolhida para manifestar emoções intensas de raiva, tristeza, impotência, sentimentos de perda, culpa ou ambivalência.

A consulta tem de durar o tempo que a mulher precisa para falar a respeito de seus sentimentos por aquela gravidez não desejada, do significado dela para sua vida e suas emoções. E, nesse momento, o papel da profissional é somente ouvir. Ouvir as queixas, as lamúrias, o desespero. Parece pouco quando é colocado friamente no papel. No entanto, para muitas das mulheres atendidas, talvez seja a primeira vez que possam falar a alguém que as escute sem pressa, com tempo e paciência para ouvir sem julgar ou censurar, porque as suas coisas “não são importantes”.

O segundo momento é de esclarecimentos sobre todos os procedimentos necessários a partir da confirmação de gravidez. É importante fornecer todas as informações a respeito do aborto, já que elas não estão disponíveis devido a ilegalidade que recobre o tema. A mulher precisa saber tudo o que poderá ocorrer com ela a partir da decisão que ela tomar.

A paciente deverá ter confiança de que não nos pautamos por regras moralistas, mas por compromisso com a cidadania. Isto significa que respeitamos seu direito de decisão sobre o próprio corpo.

Caso ela opte pelo aborto, é necessário esclarecê-la sobre a necessidade de ir acompanhada. Se não for possível estar com o responsável pela gravidez – marido, namorado, companheiro – é importante que ela se faça acompanhar por uma amiga. Alguém que possa entendê-la e ampará-la. Alguém que possa estabelecer uma relação de cumplicidade nesse momento tão delicado. A verdade é que, numa porcentagem razoável de vezes, não é o responsável pela gravidez que está com a mulher no momento de aborto. Muitas vezes ele não é a pessoa mais indicada para acompanhá-la nesse momento, mas sim outra mulher, que sabe o que significa esta situação e sabe que se fosse com ela poderia contar com a amiga.

É importante que ela tenha segurança que a estaremos esperando depois, para que possa haver a certificação de que tudo está ginecologicamente perfeito e para conversarmos a respeito. Ela poderá falar o que sentiu e como se sente após tudo ter acabado, para que expresse suas emoções, mesmo que confusas e contraditórias. Nós estaremos ali para conversar a respeito de todas essas confusões, sem julgamentos, porque respeitamos suas decisões.

Em nossa conversa com uma paciente de pós-aborto, nos ocupamos em atendê-la em quatro aspectos. Primeiro, esclarecimentos sobre os cuidados necessários que devem ser observados na situação. Segundo, acompanhamento da evolução clínica para que não fique nenhuma seqüela que possa ter efeitos colaterais futuros. Terceiro, avaliação do anticoncepcional usado para que a segurança no método possa voltar a fazer parte da vida dessa mulher. Quarto, fortalecimento de sua auto-estima, para que este procedimento não represente um impeditivo na vivência de sua sexualidade.

Como podemos observar, trabalhar com a temática do aborto não é muito fácil. Qualquer deslize e corremos o risco de estarmos infringindo a lei. No entanto, não podemos nos deixar paralisar. Graças a mulheres que defendem os direitos de outras, muita coisa já foi feita e muito tem sido transformado nesta questão. As mudanças são no cotidiano, no contato individual, naquilo que é considerado mínimo, mas que faz tanta diferença.

Anexo — Hospitais brasileiros que oferecem o serviço de aborto

1. O serviço de aborto previsto por lei foi implantado em onze hospitais brasileiros até o momento¹³:

Cidade	Início	Local	Método usado	Interrupções Realizadas até junho-98
Belém	1997	Fundação Sta Casa de Misericórdia Fone (091)210.2295	AMIU ¹⁴ e curetagem	9
Brasília	1996	Hospital Materno-Infantil de Brasília Fone (061)443.2322	AMIU e curetagem	14
Campinas	Anos 80	Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Unicamp) Fone (019)788.8135	(VERIFICAR ESTE DADO)	Média de uma Interrupção por mês
Porto Alegre	1998	Hospital Materno-Infantil Pres.Vargas Fone (051)226.9300 Hospital Conceição Fone (051) 341.1300	AMIU e curetagem	2
Recife	1996	Hospital Agamenon Magalhães Fone (081) 441.5888	AMIU e curetagem	15
		Centro Integrado de Saúde Amauri Medeiros Fone (081) 427.3911	AMIU e curetagem	2
Rio de Janeiro	1988	Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães Fones (021)580.8343 (021) 580.1132	AMIU e curetagem	8 (referentes a 1997 e 98)
São Paulo	1989	Hospital Municipal Dr. Arthur Saboya (Hospital do Jabaquara) Fone (011) 578.5111	AMIU, curetagem, misoprostol e aspiração elétrica	132
	1994	Hospital Pérola Byington Fone (011) 232.3433	AMIU, curetagem e misoprostol	80
	1998	Hospital São Paulo (Unifesp) Fones (011) 576.4226 (011) 576.4000	AMIU, misoprostol e curetagem	3

VIOLÊNCIA DE GÊNERO

O trabalho com violência de gênero como questão de saúde

*Simone G. Diniz**

O movimento de mulheres que reemerge na década de 60 teve o mérito de introduzir na agenda política questões que estavam antes restritas à esfera supostamente despolitizada e neutra da vida privada, trazendo para o debate público temas como a sexualidade e o corpo feminino. Estes temas são colocados como centrais na luta das mulheres pelo reconhecimento de sua condição de cidadãs, sujeitos capazes de decidir sobre as próprias vidas e sobre suas escolhas reprodutivas e sexuais. Nesta direção, o movimento denuncia o papel de controle e tutela sobre as mulheres exercido por instituições como religiões, família, medicina e Estado, e propõe relações sociais baseadas na equidade entre homens e mulheres.

Como em outros países, no Brasil o movimento tem tido um papel fundamental na crítica dos modelos de atenção à saúde e na proposição de alternativas, demonstrado na formulação e luta pela implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism). Este conceito de atenção integral propiciou que fossem reconhecidas questões relevantes para as mulheres, porém novas para o campo da saúde. Nestes programas que se desenvolvem a partir da década de 80, uma das questões que emerge e passa a se tornar importante dentro da área de saúde é a da violência.

A demanda feita pelo feminismo de que o Estado, por meio de suas políticas sociais — em especial as da saúde — incorporasse as reivindicações e perspectivas das mulheres, foi uma das frentes de trabalho escolhida pelo movimento (Ávila, 1993). Nesta direção, muitas foram as ocasiões em que as próprias integrantes, muitas das quais oriundas da área de saúde, como profissionais e ou ativistas, assumiram cargos públicos. Ao final daquela década, alguns programas pioneiros dentro e fora das políticas de saúde, como os do município de São Paulo, passam a incorporar a assistência aos casos de violência sexual e doméstica, desenvolvendo redes de referência para viabilizá-la. Tal trabalho pioneiro, que contou com a participação de integrantes do Coletivo, veio a inspirar um conjunto de políticas semelhantes em outros municípios brasileiros.

Como o tema da violência entra no trabalho

Desde o início do trabalho no ambulatório do Coletivo, em 1985, o problema da violência já era reconhecido em todas as suas formas, das ameaças de espancamento ao abuso sexual incestuoso. Muitos serviços, profissionais e pessoas de nossas redes informais de contatos relatavam para o Coletivo casos das mais diversas formas de violência, por se tratar de um serviço que, embora sem qualquer especialização para lidar com o tema, poderia oferecer apoio e solidariedade para aquela mulher, para além da ajuda concreta em acessar os poucos recursos então disponíveis.

Aos poucos fomos desenvolvendo o trabalho e hoje oferecemos para a mulher um espaço de escuta, o cuidado com sua saúde reprodutiva e sexual na consulta, o trabalho de saúde mental¹ e a referência a outros serviços para a assistência médica, social, jurídica e policial mais especializada.

A partir desse trabalho, em 1992 decidimos incluir na rotina algumas perguntas sobre violência e coerção sexual na anamnese (ficha clínica), o que resultou em um projeto² mais amplo de capacitação, referência e investigação sobre violência de gênero e ações de saúde, em parceria com o Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP, sob a co-coordenação da Profa. Lilia Blima Schraiber e da Dra. Ana Flavia d'Oliveira.

Este projeto nos levou a testar conjuntos de perguntas que pudessem facilitar para a usuária a conversa e a atenção sobre o tema, assim como a identificação de situações agudas de violência, propondo a referência interna ao serviço e para outras instituições. Ao mesmo tempo, o componente “capacitação” ampliou a discussão com o conjunto da equipe sobre gênero e saúde, em especial as relações entre a situação violenta e a saúde reprodutiva e sexual, partindo da evidência de que mulheres que experimentam tais situações freqüentemente têm mais dificuldade em cuidar de sua própria saúde.

Nestes termos, entendemos o momento agudo da violência (a agressão propriamente dita) não como o objeto de trabalho em si, mas como um indicador de uma especial vulnerabilidade a um amplo conjunto de questões de saúde. Mais uma vez, se impuseram ao trabalho a dimensão relacional da situação violenta e a dificuldade de lidar com os parceiros — problema para o qual ainda buscamos soluções para além da organização da referência e contra-referência para serviços que lidam com homens.

A inclusão destas questões na consulta se fundam na crença de que todos os seres humanos têm o direito a estar livres da violência e da coerção e que os serviços de saúde são um recurso privilegiado para lidar com este problema.

Na interpretação destes dados, é importante considerar que as características de nossas usuárias não correspondem ao perfil da população em geral: o próprio fato de buscar um serviço dessa natureza já constitui um viés da amostra. Acreditamos que elas formam um grupo representativo — são mulheres que “mais resistem do que se acomodam” em relação às experiências sexuais e reprodutivas, refletindo certos movimentos de mudança referentes à construção de alternativas mais *empowered*, mais assertivas e autônomas. As informações refletem o viés das perguntas que definimos como importantes.

Desta forma é possível, por exemplo, que a manutenção da violência apareça com índices tão elevados só porque perguntamos a todas as usuárias a este respeito. Ou que haja um viés relativo a uma maior confiança da usuária na instituição, que permite que mais mulheres se sintam à vontade para responder sobre situações de ilegalidade, como a prática do aborto e o uso de drogas.

Violência e saúde reprodutiva: a questão da vulnerabilidade

Para pensar a questão da violência, é central refletir sobre a capacidade das mulheres de serem assertivas, de negociar suas necessidades, ou como se colocam em situações de vulnerabilidade. Neste sentido, as questões experimentais incluídas na nova anamnese se mostraram muito instigantes. Um dado que nos chama a atenção é que 63% não se consideravam expostas ao risco de contrair a AIDS. Perguntadas sobre se tomavam alguma medida de prevenção, a resposta majoritária foi “não se consideram expostas ao risco” ou “consideram que se previnem” porque têm um único parceiro. Isto evidencia uma flagrante contradição — na nossa demanda de mulheres supostamente mais assertivas — com a realidade epidemiológica, pois a maioria das mulheres contaminadas no município de São Paulo tem parceiro fixo e é monogâmica. Entre as usuárias do Coletivo, 26,1% declaravam já ter tido alguma DST, 20,5% disseram jamais conversar com seus parceiros sobre sua vida sexual, 43,5% relataram não estar satisfeitas ou estarem mais ou menos insatisfeitas com sua vida sexual.

Outro dado relevante é que 38,3% afirmaram já ter tido relações sexuais contra a sua vontade (por coerção, para evitar desentendimentos com o parceiro, até situações de estupro, que representam 12,3% do total dos

casos). A violência física foi declarada por 30,4% das usuárias e os agressores foram, na maioria das vezes, os parceiros, mas também pais e estranhos na rua. Das que sofreram violência física ou sexual, 28,6% jamais haviam conversado sobre o fato com alguém antes da consulta no Coletivo. Apenas uma mulher procurou um serviço de saúde por este motivo. Uma das questões mais relevantes surgidas neste percurso foi a da violência na relação com serviços de saúde e a necessidade do desenvolvimento de alternativas de negociação com os serviços³.

Outro levantamento feito em 1997 mostra uma mudança no perfil dos casos de violência. Aqui as perguntas sobre violência de gênero foram feitas a todas as pacientes do ambulatório e não incluiu apenas parte das mulheres que vieram diretamente para a consulta de saúde mental e que lida prioritariamente com a questão. A história de violência sexual foi declarada por 13,1% (21), sendo que 6,9% (11) não quiseram responder à pergunta. A agressão física ou psicológica foi declarada por 26,3% (42) e 7,5% (12) não quiseram responder à pergunta. Destas 42 mulheres com história de violência, 32 (76%) haviam procurado ajuda ou conseguido falar com alguém, enquanto 9 (21,4%) jamais haviam falado do assunto. As formas de violência descritas incluíam a sexual na infância e idade adulta, espancamentos em casa, discriminação racial, entre outras.

O trabalho relativo à violência de gênero tem sido consideravelmente ampliado com a formação de uma rede de referência de dezenas de serviços no município e pela publicação de mil exemplares, já esgotados, de um guia de serviços.

A atenção para esses novos temas foi como abrir uma “caixa de Pandora”⁴, exigindo um complexo conjunto de transformações no atendimento, como:

- Novas demandas de formação.
- Mudanças no modelo de consulta e nos procedimentos de rotina.
- Necessidade de contratação de novas trabalhadoras.
- Organização de sistemas ágeis de referência a outros serviços.
- Grande necessidade de atualização e de produção de conhecimento.
- Avaliação do trabalho.
- Supervisão.
- Consultoria.
- Suporte psicológico para as trabalhadoras, entre outros.

Esse quadro se agrava rapidamente com a retirada do investimento público para as políticas de saúde e com a falência — no caso do município de São Paulo, da quase destruição — do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta situação faz com que os serviços públicos⁵, esvaziados de profissionais e recursos, tenham que encaminhar muitos dos casos que poderiam ser atendidos por eles.

A importância do trabalho de parceria entre ONG e universidade

A ampliação de nossa capacidade de estabelecer parcerias é um dos saltos de qualidade do trabalho, tanto com relação ao atendimento com os serviços citados, quanto nas atividades de formação com grupos de mulheres e instituições de ensino e pesquisa.

Graças ao apoio da Fundação Ford desde 1994, a parceria que criamos entre o Coletivo e o Centro de Saúde – Escola Samuel Barsley Pessoa, do Departamento de Medicina Preventiva (Faculdade de Medicina da USP) vem se desenvolvendo com grande sucesso. Os três componentes do trabalho (formação, pesquisa e referência) que iniciamos desde a primeira etapa do “Projeto de capacitação e de desenvolvimento de tecnologia para a atenção às mulheres em situação de violência”, estão se expandindo e se aperfeiçoando. Temos buscado desenvolver as intersecções entre a violência de gênero, o campo da saúde coletiva e as questões emergentes relativas aos direitos humanos.

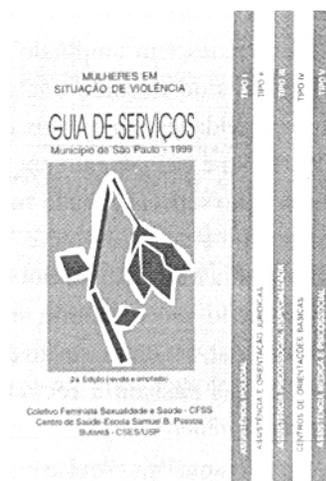


Fig. 8 — Capa do guia, 2ª edição, 1999, formato 16,0 x 23,0 cm

No decorrer desses anos, realizamos seis cursos de capacitação básica na assistência a mulheres em situação de violência, treinando 151 pessoas de dezenas de instituições governamentais e não-governamentais. Agora estaremos realizando o primeiro curso avançado, que conferirá título de Aperfeiçoamento em Violência de Gênero e Saúde. Estes cursos, pelo seu pioneirismo, têm servido de inspiração para outras iniciativas regionais, nacionais e internacionais que temos apoiado e para as quais, sempre que possível, temos contribuído com nossa experiência. A expansão e visibilidade adquiridas pelo trabalho têm imposto um novo conjunto de desafios para a parceria como núcleo formador no campo específico ao qual nos dedicamos — sobretudo a demanda por suporte na organização de programas de formação, adequados aos mais diferentes contextos.

No componente de referência, publicamos duas edições do *Guia de serviços: mulheres em situação de violência*⁶. Este guia se mostrou um instrumento muito importante na criação de uma rede de trabalho que tem se consolidado e expandido, realizando reuniões periódicas e iniciativas em conjunto, como uma verdadeira rede de referência e contra-referência.

Estas redes têm ampliado a reflexão sobre os limites e as possibilidades do trabalho concreto e colocado um conjunto de novas necessidades em termos de monitoramento da referência, de supervisão e treinamento em serviço, uma vez que atualmente não há estágio supervisionado sobre o tema no aparelho formador. Tampouco há supervisão (de casos, de equipe ou de instituição) específica para a questão da violência. A demanda é especialmente aguda quando se constata a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, em um contexto em que apenas muito recentemente as disciplinas passam a reconhecer as questões associadas à violência de gênero.

O programa de pesquisa em tecnologias assistenciais buscou três ações. Primeira, aprofundar a investigação das diversas situações identificadas como violentas a partir da experiência das mulheres usuárias e de provedores de nossos serviços. Segunda, desenvolver respostas potenciais a estas demandas, incluindo aqui a experimentação e avaliação de instrumentos de identificação e abordagem da violência no atendimento individual em saúde reprodutiva. Terceira ação, estudar a percepção por parte de usuárias e provedores em relação à violência inscrita nas ações de saúde, tomando como caso a assistência ao parto.

Partimos da premissa de que o setor saúde tem um papel fundamental na promoção dos direitos sociais em geral e os das mulheres em especial. Também devemos assumir o desafio de desenvolver tecnologias assistenciais apropriadas (ainda que sempre provisórias) e críticas, incluindo a identificação e o atendimento dos casos.

Neste sentido, temos procurado trabalhar com a proposta de, ao acolher a mulher que sofre violência, oferecer escuta e informação e construir com ela o seu projeto de assistência, que pode incluir uma ou várias das instituições que fazem parte dessa rede de serviços. As pesquisas resultaram em muitos convites para apresentações em várias publicações nacionais e internacionais.

Atualmente estamos convencidas de que nossa tarefa mais importante é poder disseminar o grande acúmulo de informação, experiência e reflexão desenvolvido pelo projeto, através de atividades e materiais educativos.

As novas ações: desdobramentos para 2000 e 2001

A parceria entre ONG e universidade tem sido bem sucedida o suficiente para inspirar outras experiências similares e alguns desdobramentos importantes para ambas as instituições, em um movimento sinérgico de crescimento. A seguir, propomos as ações do projeto de continuidade, novamente com o apoio da Fundação Ford.

Primeiro programa de estágio interdisciplinar de serviço em violência de gênero

A proposta é avançar na direção da implementação de tecnologias assistenciais interdisciplinares de fortalecimento (*empowerment*), para além das abordagens compartimentalizadas dos campos de saúde mental, saúde reprodutiva e assistência social. A necessidade destas ações tem sido apontada repetidamente nos fóruns de discussão de violência como o mais importante desafio e o novo campo a ser explorado dentro da promoção e do cuidado e assistência à saúde.

No momento atual, enfrentamos uma grande demanda por treinamento em serviço e supervisão. Por parte do Coletivo e do Centro de Saúde Escola, temos uma demanda crescente de que os serviços funcionem como campos de estágio, pois não existem os que se considerem em condições de fazê-lo. É o que pretendemos oferecer. Para isso buscamos parceria com o Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo⁷, que aceitou o desafio com grande entusiasmo.

Será o primeiro estágio específico na atenção a mulheres em situação de violência e receberá alunas(os) dos cursos de Serviço Social, Psicologia, Medicina e Enfermagem. Pretendemos nessa fase documentar e reproduzir a experiência através da supervisão-estágio e da produção de material educativo, conforme descreveremos abaixo.

Supervisão interdisciplinar de casos, equipes e instituições em violência de gênero

Desde a realização do primeiro curso em 1994, constatamos a necessidade da criação de espaços específicos para a discussão do fazer concreto na atenção a mulheres em situação de violência. Esta necessidade se mostrou mais aguda na época da organização dos fóruns de violência em que, formal ou informalmente, a discussão sobre manejo dos casos, seus limites e possibilidades — pessoais, disciplinares e institucionais — se tornou um assunto que se impunha a todo encontro. Cada campo disciplinar ou institucional (Psicologia, Medicina, Serviço Social, Direito, Delegacia etc.), com sua abordagem e perspectiva consideravelmente diversa, é chamado ao diálogo para apresentar sua contribuição e imaginar a sinergia possível com os outros campos.

Abriremos um espaço até então inexistente de supervisão especializada — de casos, equipes e instituições — para serviços governamentais e não-governamentais que lidam com a identificação, o acolhimento, a

assistência e a referência de mulheres em situação de violência. Esta supervisão terá sessões regulares e o processo será documentado com vistas a futura publicação.

Programa de capacitação

A partir da experiência dos programas anteriores, pretendemos oferecer nesta etapa dois cursos, um básico e outro avançado, que se dirigem a pessoas já comprometidas com a implementação de serviços de atenção a mulheres em situação de violência.

O curso básico tem como objetivos fornecer uma panorâmica a respeito da delimitação do problema no seu nível conceitual (pela via da filosofia, epidemiologia, psicologia, antropologia, sociologia etc.) e dar informações sobre as diversas possibilidades de atenção às necessidades relativas à violência. Para isso deve abranger as áreas jurídica, psicológica, médica, social e policial, propiciando também a integração e conhecimento recíproco entre os participantes. O curso oferece uma visão geral do problema da violência como questão para o movimento de mulheres, discussão dos avanços e limites das alternativas criadas, informação sobre possibilidades de atendimento jurídico, social, psicológico e médico disponíveis, promoção da auto-estima e da auto-eficácia das mulheres (ou “cuidado de si”) e a formação de uma rede de referenciamento mútuo.

Os cursos serão desenvolvidos através de aulas teóricas, seminários e oficinas, além de visitas a serviços de atendimento à violência, com roteiro de observação para posterior discussão. Ao final de cada um haverá um encontro com as participantes das edições anteriores para uma avaliação de seu impacto nos serviços, integração e troca de informações.

O programa do curso avançado aglutina os alunos que já participaram daqueles básicos e que sentem necessidade de aprofundamento e supervisão do trabalho desenvolvido por eles. Visando atender a esta necessidade, o projeto inclui ainda a constituição de um grupo-rede de trabalho para o acompanhamento gerencial e supervisão em saúde mental nos serviços envolvidos, de forma a potencializar a criação, o planejamento e a avaliação das atividades desenvolvidas. O curso inclui também um componente mínimo de capacitação em pesquisa, de forma a estimular os alunos e serviços a desenvolverem estudos sobre a manutenção de violência doméstica e sexual entre suas usuárias, assim como estudar o padrão de demanda a esses serviços.

Planejamos um módulo comum de aprofundamento conceitual acerca de gênero e violência. Na segunda parte, os cursos terão dois módulos simultâneos, contemplando duas áreas de interesses específicos: saúde mental e organização, gestão e avaliação dos serviços.

Para as próximas edições estamos planejando dar uma atenção ainda maior para a questão do homem agressor e da masculinidade, tema solicitado pelos participantes.

Consultoria para a montagem e avaliação de programas

Desde o início de nosso trabalho, fomos sendo identificadas como um núcleo de treinamento na área de violência de gênero, com experiência na organização de programas de formação, pesquisa e assistência. Isto teve como desdobramento um acúmulo de demanda de assessoria para apoiar a criação de programas “inspirados” pelo trabalho, vindas de instituições públicas, ONGs e universidades. Assim, fomos trabalhando em parceria com várias outras iniciativas regionais, nacionais e internacionais, dentro dos limites de nossa disponibilidade, porém, como um apêndice menor do trabalho quando este, a nosso ver, deveria se constituir em um espaço privilegiado para o avanço de nossas propostas.

Para a nova etapa do projeto, pretendemos formalizar o trabalho de apoio à montagem de programas como uma das prioridades da equipe, pois acreditamos que é através deste tipo de disseminação que nossas

propostas podem melhor se sustentar, pela sua incorporação crítica por parte de outras instituições. Pretendemos para tanto abrir parte de nosso tempo para o apoio a essas iniciativas.

Preparação de material educativo, audiovisual e eletrônico

Durante esses anos, avançamos muito na pesquisa de tecnologias assistenciais, buscando aprofundar o estudo das diversas situações identificadas como violentas a partir da experiência das mulheres usuárias e de provedores de nossos serviços, assim como no desenvolvimento de respostas potenciais a tais demandas. Isto incluiu a experimentação e avaliação de instrumentos de identificação e *screening*, de abordagem da violência no atendimento individual em saúde reprodutiva e também o estudo da violência perpetrada por instituições e profissionais da saúde contra os direitos das mulheres, na percepção de usuárias e provedores.

Essas pesquisas, por seu caráter inovador, foram muito importantes na consolidação do que temos em nosso meio, resultando em várias publicações nacionais e internacionais, além de apresentações em espaços acadêmicos, técnicos ou dos movimentos sociais que lidam com o tema da violência.

Temos consciência de que o mais importante é traduzir nosso acúmulo de experiência e reflexão em material educativo que possa disseminar as tecnologias e conceitos que temos desenvolvido, tanto através de impressos quanto de vídeos, além da montagem de uma *homepage* sobre o tema dos direitos humanos das mulheres, privilegiando a interface entre saúde e violência.

Bibliografia

- ARAÚJO, M.J. & DINIZ, C.S.G. Mortalidade materna: do técnico ao político. In: *Red global de mujeres por los derechos reproductivos. Elegimos vivir*. Amsterdam: Boletín Especial de la Campana Contra la Mortalidad Materna. 1989.
- ÁVILA, M.B. Modernidade e cidadania reprodutiva. Dossiê mulher e direitos reprodutivos. *Estudos Feministas*, 1(2). Rio de Janeiro: CIEC/ECO/UFRJ. 1993.
- CFSS, Coletivo Feminista Sexualidade Saúde. *Relatório de atividades para a Fundação MacArthur*. São Paulo.1997
- _____. *Relatório de atividades para a Fundação MacArthur*. São Paulo.1998
- CFSS, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde & Departamento de Medicina Preventiva – Centro de Saúde-Escola do Butantã. *Relatório de Atividades para a Fundação Ford*. São Paulo.1996
- _____. *Relatório de Atividades para a Fundação Ford*. São Paulo.1997.
- _____. *Relatório de Atividades para a Fundação Ford*. São Paulo.1998.
- DINIZ, C.S.G. O que funciona e o que é justo: notas sobre a violência na assistência ao parto. In: *Curso de capacitação para a atenção a mulheres em situação de violência*. São Paulo. DMP-FMUSP e CFSS. 1997.
- LABRA, M. E. *A saúde da mulher no Brasil*. Coleção Saúde e Realidade Brasileira. Co-edição ABRASCO. Vozes. Petrópolis. 1989.
- WALKER, B. *The woman's encyclopaedia of myths and secrets*. Harper & Row Publishers. San Francisco. 1983.

SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA

Considerações acerca do atendimento em saúde mental a mulheres em situações de violência

Paula S. N. Francisquetti*

O crescimento da violência no plano das relações privadas

Na cidade de São Paulo, o campo da saúde mental em sua interface com a violência vem se ampliando desde o momento da implantação dos primeiros serviços de atendimento multiprofissional e multidisciplinar às mulheres em situações de violência, na década de 90. O Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde faz o atendimento em saúde mental às mulheres em situação de violência doméstica, sobretudo aquela que ocorre entre homens e mulheres que mantêm uma relação conjugal. Este tipo de ocorrência de violência doméstica corresponde também à maior parte dos casos atendidos em outros serviços do mesmo tipo.

O crescimento da violência no plano das relações privadas, das relações conjugais, segundo Paulo Henrique Martins (1997), tem a ver com a desintegração dos modelos familiares dominantes. O estilhaçamento dos antigos modelos de relações tem provocado vários efeitos, como o surgimento de novas figuras de homem e de mulher, de novas formas de se relacionar, novas sexualidades, conflitos, medos, ressentimentos, inseguranças e até mesmo situações de violência, quando o respeito ao outro e a suas escolhas não é possível.

A fronteira entre o eu e o outro se transforma, em alguns casos, numa zona de guerra em que a violência e a intolerância passam a habitar. A violência seria uma das reações possíveis, uma forma de defesa e ataque de algumas dessas novas figuras de homem e de mulher surgidas com o estilhaçamento dos antigos modelos?

A intolerância teria a ver não com as diferenças, mas com a diminuição, o apagamento das diferenças, com a indiscriminação. Essa é a idéia proposta por Freud e retomada por Maria Rita Kehl em seu artigo *A mínima diferença*.

É quando a diferença é pequena, e não quando é acentuada, que o outro se torna alvo da intolerância. É quando territórios que deveriam estar bem apartados se tornam próximos demais, quando as insígnias da diferença começam a se desfocar, que a intolerância é convocada a restabelecer uma discriminação, no duplo sentido da palavra, sem a qual as identidades ficariam muito ameaçadas (1996).

As mudanças nos modelos de relações familiares, de relações de intimidade, têm provocado mudanças nos lugares reservados a homens e mulheres. As insígnias da feminilidade modificaram-se e confundiram-se, as diferenças entre os sexos foram sendo borradas. Todo esse deslocamento dos significantes masculinos desnordeou homens e mulheres, provocando uma crise de suas identidades, além de diversas outras reações, entre elas está a violência.

Ainda não temos dados de prevalência de violência doméstica na população em geral no Brasil. Mas, estudos internacionais têm mostrado que é alta e cresce com a investigação ativa dos casos. Em nosso ambulatório de atendimento à mulher, a questão da violência é investigada ativamente durante a anamnese desde 1994.

A identificação das situações de violência, a operacionalização dessa realidade em algo parecido com um diagnóstico que possa ser mensurado no plano individual e no coletivo, tem sido objeto de debate e pesquisa para os serviços de saúde e universidades que trabalham com o tema. O evento de agressão física e sexual não pode ser tomado como um diagnóstico apenas, mas como um sinalizador de uma situação aguda de um contexto violento, que indica uma situação de vulnerabilidade física e psíquica.

Uma pesquisa em Diadema apontou que causas externas foram o principal motivo de morte entre mulheres em idade fértil (25,2%). Os homicídios foram responsáveis por 13% do total das mortes e, conforme literatura internacional, esses crimes são cometidos pelos companheiros das mulheres em 60% dos casos. Este dado é surpreendente. O homicídio e o suicídio são as conseqüências mais graves da violência doméstica. No que se refere, não à mortalidade, mas à morbidade, as conseqüências para a saúde têm sido bem documentadas. São elas: risco aumentado para dores crônicas, doenças mentais, DST/AIDS, gravidez indesejada, aborto, doença pélvica inflamatória, abuso de drogas, distúrbios gastrointestinais etc.

As graves conseqüências para a saúde e a vida das pessoas envolvidas numa situação de violência apontam para a importância de intervenções que possam ajudar a reverter esse quadro. O atendimento em saúde mental é uma das intervenções possíveis e pode contribuir na mudança desse cenário, no contexto de uma equipe multiprofissional e de uma rede de referências.

No ambulatório de saúde mental do Coletivo, o atendimento vem nos mostrando o grande potencial do trabalho com o psíquico. Isto porque contribui muitas vezes na mobilização de forças internas importantes no sentido do rompimento de certas situações de violência repetitivas e aprisionadoras.

A questão da vitimização deve ser enfrentada quando se propõe a intervir em situações de violência. Os primeiros casos atendidos mostraram dados perturbadores. Num deles, depois de um período numa Casa Abrigo, a mulher decidiu voltar com seus filhos para sua antiga casa onde corria risco de vida e era submetida a terríveis agressões verbais, físicas e sexuais. Era difícil entender como alguém escolhesse voltar para a violência.

Fatos como esse nos fizeram ver que a mulher não é apenas vítima da violência provocada contra ela, mas que sua relação com o agressor se dá num contexto complexo, onde estão em jogo, atravessando as pessoas em cena, a realidade externa, a cultura, os fluxos, as forças inconscientes, fantasias, traumas, desejos de vida, desejos de destruição – morte – etc.

A mulher tomada não apenas como vítima, mas sim como envolvida numa situação de violência, passou a ser um pressuposto importante do atendimento. Só quem não é vista exclusivamente como vítima passiva pode vir a ser tomada como alguém que pode mudar de posição e interferir na situação.

Inconsciente e repetição

Observamos que a violência repete-se como um sintoma que retorna em muitas situações de vida e é até mesmo transmitido através das gerações. Não é incomum encontrarmos histórias de violência de mães e de avós de mulheres que vivem situações de violência. É provável que se transmita e se mantenha certa vulnerabilidade psíquica à violência, uma dificuldade de enfrentar e mudar esse destino. Até que ponto é o psiquismo ou a cultura, ou mesmo ambos que reforçam a manutenção de tais sintomas, não sabemos.

Uma de nossas pacientes vivia uma história recheada de cenas de violência, com a presença de abuso físico, psicológico e sexual, em seu segundo casamento, que repetia o que acontecera no primeiro. Em sua infância

no Nordeste já havia vivido cenas de violência do mesmo teor com sua mãe, pai e irmãos. Na época de sua infância, sua mãe não conseguia, como ela, barrar a violência do marido contra si própria e filhos.

Através desse caso podemos observar como o afastamento do agressor não basta para que a violência termine. Às vezes, a tendência a entrar em situações semelhantes está na própria mulher, ainda que de forma inconsciente. O afastamento do agressor ou uma mediação momentânea do conflito não resolvem o problema, a meu ver. Penso que aqui o importante é oferecer uma possibilidade de mudança na forma de viver e de se relacionar.

Cenas com características violentas repetem-se de formas variadas e singulares. Isto é bastante perturbador, pois nos perguntamos como alguém quer voltar a estar numa situação dolorosa. Parece que a pessoa em questão não consegue encontrar outra saída para sua relação, a não ser voltar à mesma cena. Para a psicanálise, o fenômeno de compulsão e repetição

É um processo incoercível e de origem inconsciente, pelo qual o indivíduo se coloca ativamente em situações penosas, repetindo assim experiências antigas sem se recordar do protótipo e tendo, pelo contrário, a impressão muito viva de que se trata de algo motivado na atualidade¹.

Há sempre algo que nos escapa, outros que desconhecemos em nós mesmos. A existência do inconsciente torna a idéia de violência mais complexa, pois ela pode partir daí – de um outro dentro de nós mesmos. Podemos ser violentos contra nós mesmos ou contra nossos semelhantes.

Algo de ordem do traumático e ligado a experiências antigas é que precisa ser elaborado, significado. É como se a cena repetida fosse uma nova chance de dar conta de algo que antes escapou e ficou sem significação. A força da repetição se origina muito cedo na história do indivíduo. Adquire as formas que são infundáveis e sua gênese tem a ver com o que foi traumático e com a história singular de cada um. O que é mortífero, para além da destrutibilidade que traz um sintoma como a violência, é a própria repetição, estase de tempo e de vida.

Para que esse ciclo de violência, de repetição diabólica, de estase de vida, seja interrompido é preciso que alguém, e em geral a mulher, saia em busca de ajuda, de aliados. A busca de ajuda pode abrir uma brecha para que outras coisas aconteçam, é desejo de vida. O espaço de atendimento pode ser oferecido como aquele que considera essa brecha, permitindo outras aberturas e favorecendo uma viagem mais ligada à vida. Além disso, só um atendimento que se proponha a escutar levando em conta o inconsciente atuando no psiquismo, possibilita uma alteração mais consistente no mundo interno da pessoa e provoca mudanças mais significativas no quadro da violência.

Na escuta ...

Centrar o atendimento na história das violências exclusivamente é ficar na repetição e no mortífero. Na escuta do caso, estar atento ao que pode existir de vida, de novo é muito importante, pois a partir daí podem se desdobrar novos possíveis. Na morte interessa o que não é morte, na flor interessa o que não é flor, na poesia interessa o que não é poesia, em Joyce interessa o que não é Joyce, na pedra interessa o que não é pedra e assim segue o poema de Décio Pignatari. Parafraseando o poeta, nas histórias de violência interessa o que não é violência, na repetição interessa o que não é repetição, no mortífero interessa o que não é mortífero.

Na escuta dessas situações, uma das dificuldades que surgem é manter a atenção flutuante, pois a violência como que magnetiza, paralisa, convoca a julgamentos de caráter moral e a posicionamentos, obstaculizando a escuta do psiquismo, das fantasias inconscientes. Poder se dar conta disto em algum momento é importante para que se retorne à possibilidade de circulação das associações no processo de atendimento.

Um cuidado importante é o de não propor modelos e ideais pessoais à mulher que está sendo atendida, e sim poder acolhê-la e ajudá-la no encontro de seus próprios caminhos. Era muito comum, no início do trabalho desses novos serviços implantados nas décadas de 80 e 90, que as trabalhadoras oferecessem seus próprios

ideais como aqueles que deveriam ser partilhados por todas as mulheres. Essa experiência se mostrou infrutífera, pois cada pessoa tem seu caleidoscópio particular de devires, de possibilidades de vida.

Nesse tipo de trabalho, as parcerias são fundamentais, seja através de reuniões de equipe, de supervisões ou trocas com outras instruções. O isolamento leva, muitas vezes, a cristalizações de escuta, ao sentimento de impotência diante de situações tão traumáticas e geradoras de angústia. As parcerias podem propiciar uma visão mais ampla do caso, uma percepção mais apurada dos lugares transferenciais, uma mobilização de qualidade diferente. Além disso, o trabalho com outros profissionais tem a vantagem de proporcionar diferentes formas de intervenção como a orientação jurídica e a orientação quanto aos aspectos sociais do caso.

Bibliografia

KEHL, Maria R. *A mínima diferença*. Imago. São Paulo. 1996.

LAPLAUCHE, I. & PONTALIS, J. B. *Vocabulário de Psicanálise*. Martins Fontes. São Paulo. 10ª ed. 1988.

MARTINS, Paulo H. Paixões avassaladoras: violência e intimidade. *Percurso*, nº18. São Paulo. 1º sem. de 1997.

ZYGOURIS, R. *Pulsões de vida*. Escrita. São Paulo. 1999.

Título	Experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
Supervisão	Carmem Simone Grilo Diniz Maria José de Oliveira Araújo Regina Rodrigues de Moraes
Secretária editorial	Marta Carvalho
Revisão de texto	Solange Monaco e Fabiana Baêta Neves
Fotos	Acervo do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
Pesquisa iconográfica	Regina Rodrigues de Moraes
Apoio	Programa de Assessoria Editorial do Departamento de Jornalismo e Editoração da Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo: Plínio Martins Filho (coordenador), Maria Otília Bocchini, Ricardo Amadeo Jr., Marta Rita Macêdo (apoio técnico)
Filmes	Digilaser