

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 europeias, em especial do *Boston Women's Health Book Collective*, da Federação de Partejas 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 contra-ceptivos — 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 desenca-deamento 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 provo-cadas 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 “prega-ram 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 profis-sionais 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 conjun-tamente 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? Umás 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, consequências 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.