


HUMANIZAÇÃO DO PARTO

HUMANIZAÇÃO DO PARTO

DOSSIÊ

*Voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada
– esta é a maternidade defendida pelas feministas brasileiras
envolvidas com a humanização do parto*



Quando aqui se fala em humanização da assistência ao parto não se pretende propor uma forma “correta” de humanização, mas sim apresentar uma proposta de mudança nas práticas de atendimento que leve em conta os direitos das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa. Nesse sentido, para o feminismo, a humanização do parto refere-se ao respeito e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais.

Em grande medida, estão disponíveis no país os elementos técnicos, como manuais e normas, para implementar transformações na assistência ao parto. O que falta é avançar na promoção de mudanças institucionais, para fazer justiça a esses avanços. Essas alterações exigem a mobilização das mulheres, profunda mudança na formação dos profissionais de saúde, além de coragem e firmeza dos responsáveis pelas políticas públicas.

A garantia de assistência humanizada ao parto – orientada pelos direitos e baseada na evidência – constitui uma importante estratégia na busca da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em um momento tão especial de suas vidas.

Produção

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde

Pesquisa e Redação

Simone Grilo Diniz

Médica, mestra e doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Integra o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, o Grupo de Pesquisa em Gênero, Violência e Saúde da Faculdade de Medicina da USP, a Rede Feminista de Saúde e a coordenação da ReHuNa/SP. E-mail: sidiniz@uol.com.br

Alessandra Chacham

Socióloga, doutora em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente coordena a Regional Minas Gerais da Rede Feminista de Saúde. E-mail: achacham@terra.com.br

Colaboração

Alessandra Xavier, Ana Cristina Duarte, Ana Flávia Lopes, Benedito Medrado, Daphne Rattner, Jorge Lyra, Marcos Dias, Maria Luiza Riesco, Núbia Melo, Paula Viana, Sônia Hotimsky e Veranice Pereira.

Coordenação Editorial

Voleta Rocha

Edição

Marisa Sanematsu

Normalização Bibliográfica

Adriana Cristina Fernandes

Projeto Gráfico

Moema Cavalcanti

Editoração Eletrônica

Neili Dal Rovere

Apoio

Fundação Ford

Autorizamos a reprodução total ou parcial, desde que citada a fonte.

Novembro de 2002

Ficha catalográfica

Dossiê Humanização do Parto/Rede Nacional Feminista de Saúde,
Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – São Paulo, 2002.

40p.

1.Parto. 2.Humanização. 3.Humanização do Parto.

I.Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. II.Título.

Índice para Catálogo Sistemático

1.Parto Humanizado – 301.321

Conteúdo

Da medicalização do parto ao movimento pela humanização, 7
O processo de medicalização do parto no Brasil, 10
Humanização do parto: que história é essa?, 13
As mudanças de paradigma na assistência ao parto, 13
O lugar do parto vaginal no Brasil, 15
O direito ao parto como experiência prazerosa, 18
Humanização do parto e direitos reprodutivos, 22
Maternidade e feminismo, 22
O direito à maternidade segura, 24
A humanização como resposta à violência na assistência, 25
O direito à integridade corporal, 27
O direito à equidade e o acesso ao leito no parto, 28
Assistência ao parto e direitos sexuais, 31
A sexualidade na assistência ao parto, 31
A episiotomia de rotina como cirurgia sexual, 33
Referências bibliográficas, 35
Páginas na internet, 37
O que é a Rede Feminista de Saúde, 39

Da medicalização do parto ao movimento pela humanização

O modelo de conhecimento biomédico dominante na área da saúde é cada vez mais aplicado em outras esferas da vida. A esse processo dá-se o nome de medicalização. Segundo a tese da medicalização, os médicos tendem a oferecer soluções biomédicas e técnicas em situações antes consideradas como partes inerentes e integradas à vida cotidiana, como a gravidez e o parto. Em relação a estes fenômenos especificamente, o processo de medicalização implicou profundas transformações não apenas no modo como os procedimentos são administrados, mas principalmente na maneira como são compreendidos e vivenciados pela maioria das mulheres.

Até meados do século XIX, os aspectos fundamentais da experiência reprodutiva feminina – que envolvem a contracepção, a concepção e o parto – eram vistos como de domínio quase exclusivo das mulheres. Isto certamente não significava que elas detivessem o controle e a autonomia sobre sua vida reprodutiva, mas apenas que “a questão pertencia à esfera privada ou familiar. O conhecimento sobre a reprodução fazia parte do acervo de conhecimento das mulheres”.

Fonte: Giffin, 1991.

Foi apenas durante o século XX que a instituição médica consolidou seu controle do processo reprodutivo. Já em meados de 1970 ela havia alcançado a hegemonia no atendimento obstétrico em todos os países desenvolvidos. Em consequência, o parto e o processo reprodutivo vêm sendo encarados desde então como eventos de caráter essencialmente médico, que exigem atenção e cuidados desse profissional nos hospitais.

É inegável que os avanços da obstetrícia moderna foram responsáveis, pelo menos em parte, por uma significativa redução nos índices de morbimortalidade materna e fetal. Através da história, as mulheres foram expostas às possibilidades concretas de morrer durante o parto, perder a criança ou sofrer lesões permanentes.

A vida reprodutiva
era uma questão
que pertencia
à esfera privada
ou familiar

A aparente imprevisibilidade do parto e de outros processos fisiológicos sempre gerou crenças e costumes para explicá-los e controlá-los. Nesse sentido, a definição do parto como evento puramente médico definiu também a forma predominante com que a sociedade moderna passou a se relacionar com o evento. Pode-se assim dizer que os

rituais médicos e tecnológicos substituíram os tradicionais como forma de administrar o processo do nascimento.

Das mãos das parteiras para as dos médicos

A obstetrícia ocidental moderna teve sua origem no conhecimento acumulado pelas parteiras. Na história da maioria dos povos do mundo, há registros do predomínio da participação feminina no parto.

Os médicos (ou cirurgiões-barbeiros) eram admitidos para ajudar apenas nos partos difíceis, realizando embriotomias (fragmentação do feto para sua extração) a fim de salvar as vidas das mães ou, quando isso não era mais possível, fazendo cesáreas para salvar os fetos. A participação do homem no parto foi pouco freqüente até o início da era moderna.

O atraso da obstetrícia médica em relação ao desenvolvimento da medicina como um todo deveu-se, em parte, a obstáculos de ordem moral; mas, certamente, a maior influência foi exercida pelos paradigmas da assistência ao parto: por ser interpretado como um processo natural, sua assistência permaneceu durante longo tempo desvinculada da prática médica-cirúrgica oficial.

Alguns autores consideram que a invenção do fórceps, no final do século XVI, alterou o modelo de assistência obstétrica – que até então favorecia uma postura predominantemente expectante –, dando aos presentes ao parto uma expressão concreta, que permitia visualizar a “luta do homem contra a natureza”.

Fonte: Osawa e Mamede, 1995.

A noção de que era possível controlar o nascimento começou então a se firmar na consciência popular. Isso não significa que apenas os obstetras tivessem atitudes intervencionistas durante o par-

to. Há evidências de que as parteiras utilizavam, entre outras práticas, versões (manobras para ajeitar a posição do feto), dilatação digital do cérvix, ruptura de bolsa e ervas para aumentar a dilatação nas complicações do parto.

Assim, é importante frisar que o parto realizado por uma parteira não é necessariamente mais “natural” do que o realizado por um médico. O que ocorreu com a medicalização foi a redefinição do parto – na biomedicina – como inerentemente problemático, exigindo a presença do médico e sua ativa intervenção para garantir um bom desfecho. Essa noção, que passou a se consolidar de maneira inexorável deste então, aponta para a progressiva marginalização das mulheres curandeiras e parteiras de um mercado de trabalho que passou a ser ativamente disputado pela corporação médica. Muitas vezes, os médicos usaram sua influência para criar legislações que tornavam ilegal ou restringiam severamente a prática das parteiras.

A gravidez e o parto como estados patológicos

Para que a obstetrícia se estabelecesse como um ramo legítimo da medicina, foi necessário que a gravidez e o parto, independentemente do fato de serem simples ou complicados, fossem considerados como estados patológicos – requerendo assim a intervenção dos obstetras com seus instrumentos e técnicas cirúrgicas. Rejeitadas a princípio pelas mães e por boa parte da comunidade médica, foi necessário não somente estabelecer a validade dessas novas técnicas para o parto, como também garantir que sua segurança estava nas mãos do obstetra.

Como argumento, os médicos alegavam possuir conhecimento especial e habilidade para reduzir a mortalidade materna e neonatal. Contudo, quando se leva em conta o grau de desenvolvimento da medicina no século XIX, a alegação torna-se, no mínimo, discutível. Há evidências de que a inter-

venção médica teria aumentado os riscos de infecção e de agressões para a mãe e o feto, pela falta de assepsia e o mau uso de instrumentos como o fórceps, que causava inúmeras lesões e a formação de fístulas vesico-vaginais e reto-vaginais. Ainda que a prática das parteiras fosse limitada, estima-se que, em 1878, uma mulher inglesa aumentava em seis vezes sua chance de morrer se tivesse seu filho em um hospital. O estímulo para que os partos fossem realizados em hospitais veio, sobretudo, da necessidade de fornecer treinamento aos estudantes de medicina, e somente as mulheres mais pobres utilizavam esses serviços.

Ao longo do tempo, o crescente poder da medicina organizada e os significativos avanços nas técnicas cirúrgicas, anestésicas e de assepsia foram determinantes no processo de medicalização do parto. Atualmente, nos países desenvolvidos e em muitos em desenvolvimento, a maioria absoluta dos partos é feita por médicos em hospitais.

Porém, em vários países europeus, principalmente na Escandinávia, Países Baixos, Reino Unido e Alemanha, as parteiras foram absorvidas pelo sistema de saúde oficial, que profissionalizou a atividade. Elas receberam treinamento formal e obtiveram independência para assistir ao parto normal. Esses países estão entre os que mantiveram suas taxas de cesáreas abaixo de 15%.

Fonte: Notzon, 1990.

Esse não é o caso, no entanto, dos Estados Unidos, onde entre 1910 e 1940 o número de partos realizados em hospitais saltou de 30% para quase 90%, chegando a 99% na década de 50.

Fonte: Wertz e Wertz, 1989.

O declínio da utilização da parteira tradicional norte-americana foi total, sem que esta profissional tivesse sido substituída por parteiras hospitalares ou enfermeiras. Em 1973, somente 1% dos partos nos

EUA foi atendido por não-médicos. Os Estados Unidos detêm atualmente a taxa de cesárea mais alta entre os países desenvolvidos, em torno de 24%.

Fonte: Notzon et al, 1994.

A tecnologia do parto para a produção do “bebê perfeito”

Contudo, não se pode mensurar o impacto da medicalização do parto somente pelo crescimento das taxas de cesárea. A consolidação da hegemonia da medicina obstétrica na atenção ao parto veio acompanhada pela institucionalização de uma série de práticas que têm por finalidade intervir, monitorar e controlar a gravidez e o parto. O uso rotineiro de várias condutas obstétricas e de certos aparelhos de monitoramento acaba muitas vezes legitimando a tecnologia do parto, ao demandar mais e mais intervenção médica. O monitoramento eletrônico fetal é um exemplo de tecnologia obstétrica que gera demanda por mais intervenções, muitas vezes desnecessárias.

O uso crescente de tecnologia na gravidez também tem como consequência o direcionamento da atenção do médico para o feto, deixando a atenção com a mãe em segundo plano. O uso do ultrassom permite ao médico ignorar sensações e sentimentos da gestante sobre o progresso da gravidez e avaliar sobretudo o bem-estar fetal. Segundo alguns críticos, essa tendência aponta para uma diminuição do papel central da mulher na gravidez.

Os obstetras vêem a mãe e o feto como entidades distintas, até mesmo “adversárias”, ignorando que os interesses são comuns. Esse foco no bebê, visando principalmente a produção do “bebê perfeito”, desenvolveu-se recentemente e é resultado da combinação da ênfase tecnocrática no bebê como produto e da multiplicidade de novas tecnologias disponíveis para determinar a qualidade do feto – com poderosos incentivos econômicos e legais para sua utilização. Pode-se dizer que a sepa-

ração conceitual entre o feto e a mãe seria intrínseca ao desenvolvimento da obstetrícia ocidental.

O PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

Se por um lado o processo de medicalização do parto demorou a se completar na maior parte do Brasil, por outro suas conseqüências foram extremas, com a conquista, pelo país, do título dúbio de “campeão mundial em cesáreas” na década de 1980. Em 1996, a cesárea representou 36,4% de todos os partos realizados no Brasil; se as zonas rurais forem excluídas, esse percentual atinge 41,8% nas áreas urbanas brasileiras, sendo que em alguns Estados a taxa de partos cesáreos passou dos 50%.

Fonte: Bemfam, 1997.

Embora as primeiras escolas de medicina e cirurgia tivessem sido inauguradas no início do século XIX, na Bahia e no Rio de Janeiro, ao longo daquele século a maioria das grávidas era atendida por parteira. Os médicos somente eram chamados por mulheres ricas, quando surgiam complicações ou “por ostentação”.

O treinamento de mulheres em obstetrícia nas escolas de medicina teve início no Brasil em 1832. No entanto, a formação de parteiras profissionais nas escolas não se expandiu no país por falta de apoio ou interesse oficial. A profissão de parteira nunca foi reconhecida ou estimulada e não foram criadas associações que agregassem e defendessem os interesses dessas profissionais.

Oficialmente, a ênfase sempre foi aumentar o número de obstetras e expandir seu campo de trabalho, trazendo as mulheres para os hospitais, o que também possibilitaria o treinamento de alunos. Várias políticas de incentivo foram sugeridas por médicos. O principal argumento era a necessidade de se evitar o infanticídio, prática em que as parteiras eram acusadas de cumplicidade.

Contudo, devido à falta de profissionais e instituições de saúde em número suficiente no Brasil, aqui a medicalização do parto ocorreu tardiamente em relação aos Estados Unidos e à Europa, vindo a se completar somente a partir dos anos 1960, quando houve a expansão da cobertura médica e hospitalar. Desde então, as políticas de saúde pública na América Latina de modo geral vêm procurando combater a morbimortalidade materna e infantil, encorajando médicos a atenderem aos partos no lugar das parteiras tradicionais ou mesmo parteiras hospitalares.

A crença de que o aumento do número de médicos seria suficiente para resolver o atendimento obstétrico fez com que a atuação das parteiras hospitalares também fosse desencorajada e que as poucas escolas de parteiras fossem fechadas. O aumento do número de médicos obstetras disputando o mercado de trabalho também contribuiu para isso.

Mais do que diminuir cesáreas, é preciso humanizar o parto

O modelo de assistência obstétrica encontrado no Brasil atualmente é caracterizado por um alto grau de medicalização e de abuso de práticas invasivas. O desenvolvimento desse modelo está diretamente relacionado ao rumo tomado pelo processo de medicalização da sociedade brasileira, principalmente após os anos 1960, quando se favoreceu a criação de um modelo intervencionista e curativo de assistência médica. Vários especialistas identificam este modelo de assistência obstétrica – em que o médico é o único responsável pelo atendimento durante o trabalho de parto e a figura da parteira é eliminada – como uma das principais causas da alta taxa de cesáreas no país.

Mais do que simplesmente refletir a vontade das mulheres e/ou a imposição dos médicos, o excessivo aumento das taxas de cesárea no Brasil, em especial nos serviços privados de saúde, é conseqüência da própria lógica do modelo atual de atendimento

médico ao parto. Sob este prisma, o abuso de cesáreas torna-se um problema muito mais insidioso e difícil de contornar. Assim, é essencial desenvolver formas alternativas de atendimento ao parto no país, que dêem condições efetivas ao parto normal. Além de campanhas de conscientização de mulheres e médicos, a diminuição das taxas de cesárea depende de uma reorganização da assistência obstétrica, que possibilite que outros profissionais capacitados possam realizar partos normais, cabendo ao médico resolver os partos em que a intervenção cirúrgica faz-se absolutamente necessária.

Mas a questão não é simplesmente numérica – diminuir o número de partos cesáreos. Também é fundamental buscar uma assistência humanizada ao nascimento e ao parto. Isso significa um tipo de assistência que, indo além de apenas buscar o parto normal a qualquer custo, procure resgatar a posição central da mulher no processo do nascimento; uma assistência que respeite a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle sobre a situação. É esta atenção à mãe que garante ao bebê um começo de vida em boas condições físicas e emocionais.

As parteiras e as casas de parto

Na busca pela humanização do atendimento ao parto, há um grupo que defende que parteiras profissionais (enfermeiras obstétricas ou obstetristas – veja ao lado), e não médicos, cuidem das mulheres durante os partos normais. Mulheres assistidas por parteiras hospitalares apresentam taxas muito menores de cesáreas do que as assistidas por médicos e são submetidas a muito menos intervenções durante o parto.

Fonte: Pel et al, 1995.

A satisfação das mulheres com o atendimento prestado também parece ser significativamente maior entre as atendidas por parteiras. Dessa forma, não se justifica a predominância da assistência

A OBSTETRIZ OU ENFERMEIRA OBSTÉTRICA

A obstetrix ou enfermeira obstétrica representa um importante recurso para prover cuidados de saúde a gestantes, parturientes, puérperas, recém-nascidos e familiares. Ela pode atuar na promoção e preservação da normalidade do processo de nascimento, atendendo as necessidades físicas, emocionais e socioculturais das mulheres.

No Brasil, a formação dessa profissional esteve inicialmente vinculada às escolas médicas, passando a ser também de responsabilidade das escolas de enfermagem desde a década de 1950. Porém, a progressiva hospitalização da assistência ao parto, a incorporação crescente de tecnologia e a elevação das taxas de cesariana produziram impacto negativo sobre as oportunidades de capacitação e atuação de enfermeiras obstétricas no parto, cujo reflexo pode ser verificado pelo número restrito de profissionais na área. Atualmente, as principais críticas à sua capacitação referem-se ao ensino biológico, com alto custo, baixa qualidade e longa duração.

Assim, é importante estabelecer propostas para a qualificação de enfermeiras obstétricas com perfil e competência para participar ativamente das transformações necessárias no modelo assistencial e no quadro epidemiológico da saúde materna e perinatal. Além disso, essas enfermeiras obstétricas devem integrar-se à equipe de saúde de forma autônoma, responsabilizando-se pela assistência na gestação e no parto normal, para que possam produzir o necessário e esperado impacto para a melhoria da qualidade da saúde da mulher e de sua família. Atualmente, as enfermeiras obstétricas contam com a Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiros Obstetristas (Abenfo).

Maria Luiza Gonzalez Riesco é enfermeira obstétrica e professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É integrante da Abenfo e da ReHuNa.

médica em partos normais, cujo custo é, no mínimo, o dobro do atendimento prestado pela obstetrix.

Fonte: Wagner, 1996.

Os resultados obtidos pelas casas de parto (os chamados Centros de Parto Normal, locais em que

se realizam partos em ambiente não-hospitalar e com atendimento humanizado) são similarmente favoráveis à prática obstétrica segura e menos intervencionista. Uma grande pesquisa feita com todas as casas de parto nos EUA encontrou uma taxa de cesárea de 4,4%, com índice de mortalidade perinatal comparável a aquele registrado nos hospitais.

Fonte: Rooks et al, 1989.

Ao contrário do que se pensa, o hospital nunca se mostrou um local mais seguro para dar à luz do que o domicílio – no caso de mulheres saudáveis e com atendentes qualificados.

Fonte: Sakala, 1993.

A experiência da Holanda é instrutiva com respeito tanto à atuação das parteiras quanto a dos partos domiciliares. Políticas públicas naquele país encorajam mulheres saudáveis a fazer seus partos em casa ou em casas de parto, com o auxílio de parteiras. Concebida como forma de administrar os custos com a saúde, essa política contribuiu para o aumento da atividade destas profissionais e dos locais para esses partos.

Atualmente, 43% dos partos de bebês holandeses são atendidos por parteiras, sendo que 35% deles nos domicílios. Apesar da população heterogênea, que inclui muitas trabalhadoras estrangeiras com elevado risco para problemas perinatais, a experiência tem apresentado resultados físicos e

financeiros favoráveis e vem mantendo a taxa de cesárea no país entre as mais baixas da Europa.

Fonte: Treffers e Pel, 1993.

Resgatar o papel central e ativo da mulher

As intervenções médicas na gravidez e no parto – a cesárea é apenas uma entre tantas – são úteis quando necessárias, mas, como quase todas as intervenções, trazem riscos para a mãe e para a criança. Torna-se urgente, portanto, repensar a aplicação rotineira de diversas práticas de assistência à gravidez e ao parto que não trazem benefícios e privam a mulher de ter maior controle sobre seu próprio parto.

O que se questiona aqui é uma abordagem da assistência obstétrica que valoriza uma atuação intervencionista em um processo que é antes de tudo fisiológico. Embora nunca se possa falar na existência de um parto totalmente natural, deve-se admitir que existem abordagens mais fisiológicas para o nascimento, nas quais as mulheres têm participação mais ativa e maior controle sobre o processo. Mais do que promover a utilização ou não de determinadas práticas, o resgate do papel central e ativo da mulher no processo da gravidez e do nascimento é o foco da luta feminista pela humanização da assistência. A maternidade segura é um princípio básico dos direitos reprodutivos, assim como o direito da mulher de tomar suas decisões de maneira bem informada em relação a seu corpo, sua saúde, sexualidade e reprodução.

Humanização do parto: que história é essa?

AS MUDANÇAS DE PARADIGMA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

A definição do que será um parto normal não é universal nem facilmente padronizável. A partir da crença de que o parto só poderia ser considerado normal depois de ocorrido, na segunda metade do século XX houve uma rápida expansão no uso de tecnologias com a finalidade de desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo do parto, para torná-lo “mais normal” e “melhorar” a saúde de mães e crianças.

Neste processo, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, as tentativas de aperfeiçoar a qualidade da assistência ao parto levaram muitas vezes à adoção acrítica de intervenções inapropriadas, desnecessárias, dolorosas e freqüentemente arriscadas. Isso tudo sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança.

A avaliação científica rigorosa já reprovou essas práticas e a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs outro paradigma: “O objetivo da assistência é obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de

intervenção que seja compatível com a segurança. Esta abordagem implica que no parto normal deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural”.

Fonte: WHO, 1998.

A assistência mais efetiva seria, portanto, centrada nas necessidades das parturientes, em vez de organizada segundo as necessidades de instituições e dos profissionais. Seria um elemento primordial para alcançar os objetivos de uma maternidade segura, pois reuniria eficácia, segurança e racionalidade no uso dos recursos, promovendo uma melhor adesão das mulheres aos serviços.

Fonte: The Better Births Initiative, 2002.

A assistência mais
efetiva seria
centrada nas
necessidades
das parturientes

Além de considerar a noção de atendimento “baseado na evidência” da segurança e efetividade, esse paradigma inclui a promoção dos direitos das mulheres. Entre estes direitos estão o direito à informação e à decisão informada nas ações de saúde. Trata-se de uma mudança importante na relação médico-paciente, já que recomenda uma decisão compartilhada entre os envolvidos, em vez de decidida

de forma unilateral pelo profissional e pela instituição, seja na assistência privada ou pública.

Fonte: Maternity Wise, 2002.

Recomendações da OMS não são atendidas

O termo “humanizar” e seus derivados têm adquirido sentidos diversos. O conceito de humanização adotado pelo movimento feminista é o de uma atenção que reconhece os direitos fundamentais de mães e crianças, além do direito à tecnologia apropriada, baseada na evidência científica. Isso inclui: o direito à escolha do local, pessoas e formas de assistência no parto; a preservação da integridade corporal de mães e crianças; o respeito ao parto como experiência altamente pessoal, sexual e familiar; a assistência à saúde e o apoio emocional, social e material no ciclo gravídico-puerperal; e a proteção contra abuso e negligência.

Esse conjunto de recomendações baseadas na evidência foi sintetizado e publicado em 1996 pela OMS, traduzido pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2000 e enviado a todos os ginecologistas-obstetras e enfermeiras obstétrizes do país por meio de suas entidades representativas. Conhecido como “recomendações da OMS”, o documento classifica as rotinas do parto em quatro categorias:

- A – condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas;
- B – condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;
- C – condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, até que novas pesquisas comprovem o assunto; e
- D – condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.

Fonte: WHO, 1996.

O trabalho de sistematização dessas evidências deve-se em grande medida a uma colaboração internacional de milhares de pesquisadores, conhecida

como Colaboração Cochrane. Esse grupo, que trabalhou as revisões sistemáticas sobre gravidez e parto, foi o primeiro de centenas de outros grupos que se organizaram para levantar as evidências sobre a eficácia e a segurança em todas as especialidades médicas. O resultado dessas pesquisas está disponível na Biblioteca Cochrane, uma iniciativa de grupos organizados de pacientes e usuários da saúde, que contribui para as revisões. Um dos grupos de usuárias mais atuantes e antigos é o de assistência ao parto.

Fonte: Cochrane Collaboration, 2002.

No Brasil, como em outros países, estas recomendações vêm sendo sistematicamente desconsideradas. É o caso de condutas que deveriam ser estimuladas durante o parto, como a presença de acompanhante, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher, oferta de líquidos, uso de técnicas não-invasivas para alívio da dor (como massagem, banho e relaxamento) e liberdade de posição no parto, com o encorajamento de posturas verticais.

Os procedimentos reconhecidamente danosos e ineficazes, que deveriam ser eliminados, continuam a fazer parte do dia-a-dia da maioria dos serviços. Alguns exemplos são: a imobilização, a posição horizontal durante o parto; o uso rotineiro do enema (lavagem intestinal), da tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos) e da episiotomia (corte e costura da vulva e vagina); utilização do soro “para pegar a veia”; administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; e os esforços expulsivos dirigidos (mandar a mulher fazer força). Isso sem mencionar a manobra de Kristeller (fazer força sobre o útero). Mesmo as práticas que, devidamente indicadas, poderiam ser úteis são usadas de forma inadequada, causando mais dano que benefício, como por exemplo os exames vaginais freqüentes.

Embora com pequena variação entre os países, ainda é limitado o reconhecimento da necessidade urgente de uma mudança na assistência ao parto.

Apesar do compromisso da comunidade de saúde pública com a saúde materno-infantil, ainda é raro o reconhecimento dessa evidência e da distância entre a evidência e a prática.

A resistência à mudança não passa apenas por questões técnicas, mas também por percepções, expectativas, preferências e conveniências de profissionais e pacientes quanto ao parto e sua assistência. Influem também a estrutura física dos serviços, as distorções do acesso ao leito obstétrico, as questões relacionadas ao financiamento do sistema de saúde e a cultura sexual e reprodutiva. Uma das questões mais importantes para ativistas, pesquisadores e formuladores de políticas é justamente o que fazer para promover as mudanças necessárias.

O LUGAR DO PARTO VAGINAL NO BRASIL

Aqui, assim como em muitos países, o que se vê atualmente é uma mudança ainda tímida em relação à incorporação das recomendações baseadas na evidência científica. As altas taxas de episiotomia e de cesárea vêm se mantendo no setor público; e, no setor privado, não há praticamente nenhum controle.

Além de apoiar-se na crença na segurança da cesárea, a cultura do parto com hora marcada é facilitada pelos vários mecanismos de pagamento diferenciado, que tornam a cesárea mais rentável para serviços e profissionais ao estabelecer uma ordem de produção em série. E os profissionais que não aderem à norma do “dia cirúrgico”, como é chamada a rotina de agendar todas as cesáreas para um dia pré-reservado, chegam a ser abertamente hostilizados.

No caso brasileiro, há também o problema da “cultura médica” e da formação dos médicos obstetras. A “cesárea a pedido” é indicada pelos mais importantes professores e formadores de opinião como “tratamento da neurose de ansiedade” que o parto pode despertar, ou ainda como “prevenção” das supostas lesões genitais do parto.

Em muitos serviços, essa intervenção foi assumida como regra, como rotina de boa técnica. Um estudo em São Paulo mostra que a taxa de cesárea ultrapassa o índice de 35% entre mulheres sem nenhuma escolaridade e atinge 73% entre as de nível superior, isto é, as que têm melhores condições de negociar com os serviços.

Fonte: Cecatti, Pires e Goldemberg, 1998.

O mesmo se constata entre os profissionais de saúde. Apesar do reconhecimento da adequação do parto vaginal, a maioria das médicas e das esposas de médicos têm seus filhos por cesárea. Esta prevalência estaria associada à crença da maior segurança da cesárea em relação ao parto vaginal.

Fonte: Chacham, 1999.

É nesse contexto, de opinião pública e médica bastante contraditória e mesmo desfavorável ao parto vaginal, que vêm sendo apresentadas algumas propostas de mudanças da prática obstétrica. Por essa razão, tais propostas têm que incorporar processos mais amplos de mudança das culturas institucionais, que possam ir além da mera informação para uma promoção ativa e um monitoramento de procedimentos baseados na evidência.

Algumas iniciativas

Desde 1998, iniciativas governamentais buscam reduzir as taxas de cesárea no país. Uma dessas medidas apóia o atendimento ao parto pela enfermeira obstetrix quando não houver complicação e prevê o pagamento da anestesia de parto aos serviços do SUS (Sistema Único de Saúde). Contudo, segundo os profissionais, essas medidas têm tido pouco efeito.

Para estimular os serviços que iniciaram seus processos de humanização do parto e incorporação das recomendações da OMS, foi criado o Prêmio Galba de Araújo (pág. 16). Instituído em 1999 pelo Ministério da Saúde, o prêmio tem ajudado a divulgar algumas criativas experiências brasileiras de mudança

PRÊMIO GALBA DE ARAÚJO

José Galba de Araújo foi um médico cearense com marcada preocupação social. Um dos maiores obstetras de Fortaleza. Teve seu trabalho em defesa do parto sem dor reconhecido internacionalmente. Suas publicações trouxeram grandes contribuições para a obstetrícia nacional. Um de seus maiores méritos consistiu em integrar na assistência as parteiras tradicionais das comunidades cearenses, atualizando-as periodicamente e oferecendo suporte técnico e provisões para a assistência, objetivando melhor qualidade no atendimento a partos domiciliares e melhor identificação de gestantes de risco.

Segundo o comunicado oficial, “o Ministério da Saúde, ao instituir o Prêmio Galba de Araújo, busca reconhecer os esforços desenvolvidos pelos profissionais de saúde nos estabelecimentos públicos e privados que integram a rede SUS, ressaltando as inovações voltadas para a humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido”.

Um hospital de cada uma das cinco macrorregiões do país é premiado com uma placa, um certificado e uma quantia em dinheiro que, até 2001, era de R\$ 30 mil.

A primeira edição do prêmio ocorreu em 1999 e definiu uma nova filosofia de relação entre o pagador público e os vários prestadores do SUS, substituindo a tradição de o Estado somente adotar políticas fiscalizatórias e atitudes punitivas.

Para a avaliação dos hospitais, a comissão julgadora es-

tabeleceu critérios com base nas recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência a partos. Além da taxa de cesáreas, outros pontos importantes são: a garantia de visitas; acompanhante na sala de parto; qualidade da hotelaria (alimentação, facilidades para higiene, vestuário); realização de orientações em grupo; se são evitadas práticas como amniotomia (rompimento da bolsa das águas) precoce, enema de rotina, administração rotineira de ocitocina (para apressar o parto), toques frequentes e por mais de uma pessoa, episiotomia de rotina e corte precoce do cordão umbilical; escolha da posição de parto pela parturiente; aleitamento materno precoce; flexibilização das rotinas institucionais; e, entre outros quesitos, alguns referentes à organização institucional: disponibilidade de sedação, plantão de 24 horas, existência de comissões, bancos de sangue e de leite, laboratório, registros hospitalares etc.

Embora a humanização se pautasse principalmente pela questão da relação interpessoal, esses outros aspectos também são importantes, pois quando atendidos evidenciam um padrão de práticas centrado no bem-estar da mãe e de seu bebê, e não apenas preocupado com a conveniência da organização institucional ou dos profissionais.

O incentivo às boas práticas teve seu objetivo efetivamente atingido e hoje vemos alguns de nossos hospitais ostentando orgulhosamente seus títulos e placas como comprovantes de sua excelência de atendimento.

Daphne Rattner é médica sanitária e doutora em Epidemiologia. Atualmente integra a equipe do Instituto de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e a coordenação nacional da ReHuNa.

institucional, como as que foram empreendidas pela Maternidade Leila Diniz (Rio de Janeiro), Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte) e Cisam (Recife), entre muitos outros (saiba mais nas págs. 17 a 19).

O Ministério da Saúde definiu também um teto percentual decrescente para o pagamento de cesáreas aos hospitais. Os limites eram de 40% no segundo semestre de 1998, 37% no primeiro semestre de 1999 e 35% no segundo semestre, chegando a 30% no primeiro semestre de 2000. A iniciativa contribuiu para estabilizar ou reduzir as taxas, antes ascenden-

tes, ao menos nos serviços do SUS e seus conveniados – ao contrário do que ocorreu nos serviços privados, em que estas taxas continuaram aumentando.

A decisão é da mulher

Pesquisas recentes indicam alguns elementos dessa resistência à mudança. Os trabalhos que procuram entender se e por que as mulheres brasileiras preferem a cesárea ao parto vaginal mostram que a maioria declara preferir o vaginal ao cirúrgico. Mas, por uma série de mecanismos – desde os diagnósticos superestimando os riscos fetais à interpreta-

ção da queixa materna de dor como um pedido pela cesárea –, os médicos decidem pela cesárea, contrariamente à vontade da maioria das mulheres, principalmente no setor privado. Isso se deve à crença médica na superioridade da cesárea no que se refere à segurança e ao conforto materno e fetal e também a fatores ligados à conveniência dos profissionais.

Fonte: Potter et al, 2001.

Muitas vezes, as mulheres mais carentes “preferem” a cesárea para escapar do tratamento rude que enfrentam nos hospitais públicos e também dos procedimentos dolorosos e da falta de sedação.

Fonte: Béhague, Victora e Barros, 2002.

No Brasil, como em outros países, as decisões das mulheres sobre os procedimentos no parto são muito freqüentemente “qualquer coisa menos legítimos exercícios de livre arbítrio: as mulheres recebem informações incompletas, manifestam suas ‘preferências’ enquanto estão submetidas a dor e estresse intenso, e especialmente nos países em desenvolvimento as diferenças sociais entre provedores e pacientes comprometem o poder de decidir”.

Fonte: Langer e Villar, 2002.

É urgente melhorar tanto a qualidade técnica quanto a da interação entre pacientes e provedores de assistência. Isso passa por reconhecer o papel da dor iatrogênica (provocada ou compli-

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NA MATERNIDADE LEILA DINIZ

O processo de humanização da Maternidade Leila Diniz, no Rio de Janeiro, começou em 1996, com a adoção de uma filosofia de funcionamento que norteou todo o planejamento de sua assistência ao parto e nascimento.

Inicialmente, embora a equipe de saúde tivesse passado por uma série de trabalhos de sensibilização e gostasse da proposta de assistência, na prática poucos avanços aconteciam na concretização da humanização da assistência.

O primeiro passo foi construir, através de um persistente trabalho de equipe que envolveu todos os profissionais da maternidade, as normas de funcionamento que explicitam as rotinas de atendimento ao parto. Mesmo após a implantação dessas rotinas, verificávamos que a freqüência das intervenções obstétricas continuava muito elevada.

Realizamos então, com toda a equipe médica, um trabalho de avaliação da freqüência e das indicações de amniotomia (rompimento da bolsa das águas), uso de ocitocina para apressar o parto, realização de episiotomia e indicação de cesariana. Com um instrumento estatístico conseguimos medir os índices de intervenção de cada equipe. Em reuniões, esses índices eram confrontados com os dados da

medicina baseada em evidência científica (OMS, 1996). Ao mesmo tempo, introduzimos a assistência ao parto por enfermeiras obstetras e os resultados também eram confrontados com os modelos de assistência.

Nesse processo de discussão freqüente com toda a equipe – na qual os médicos foram o maior foco de resistência –, ampliamos os horizontes de atuação de outros grupos profissionais na assistência, tais como assistentes sociais, fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais, entre outros, que passaram a freqüentar o pré-parto e a atuar como doulas (acompanhantes de parto) e também “guardiãs da filosofia”. Outra estratégia foi informar da maneira mais completa o direito das mulheres no momento de sua internação e investigar as histórias de maus-tratos ou violências que porventura foram cometidos.

Nestes últimos seis anos, a reunião semanal de toda a equipe tem sido sempre o mais rico espaço de discussão e de crescimento, contribuindo para a ampliação e construção conjunta desse processo. Já avançamos muito, mas a verdadeira transformação ainda está para acontecer. É uma tarefa de todos nós, profissionais, mulheres e a sociedade como um todo.

Marcos A. Dias é ginecologista e obstetra, mestre em Saúde Coletiva pela Fundação Oswaldo Cruz. Foi diretor da Maternidade Leila Diniz, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

O Hospital Sofia Feldman é uma organização não-governamental filantrópica, localizada na periferia da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, no Distrito Sanitário Norte. O hospital possui 90 leitos (43 obstétricos, 42 neonatais e 5 no Centro de Parto Normal), todos destinados ao atendimento do SUS.

Hoje, são realizados em média 600 partos por mês. A média anual de cesáreas sempre foi baixa, ficando em torno de 15%. No entanto, com a inauguração do Berçário de Risco em 1999 e da UTI Neonatal em 2000, esse número subiu para 22%, pois o hospital tornou-se uma referência regional para gravidezes de alto risco.

Apesar das dificuldades financeiras enfrentadas, o hospital vem se destacando no cenário da assistência à saúde da mulher, da criança e do adolescente, tendo recebido o título Hospital Amigo da Criança, do Ministério da Saúde/Unicef, em 1995; o Prêmio Cidadania na área da saúde, oferecido pela Promotora de Justiça de Minas Gerais, em 1997; e foi classificado entre as 12 melhores maternidades do país pela Revista Crescer, da Editora Globo, em janeiro de 1998. Recebeu também o Prêmio Galba de Araújo, oferecido pelo Ministério da Saúde, em maio de 1999, e foi finalista do Prêmio Criança 2002, da Fundação Abrinq.

O hospital participa do Programa Nacional de Humaniza-

ção da Assistência Hospitalar (PNHAH)/Ministério da Saúde e atua no momento como hospital multiplicador. É referência para capacitação de doulas em parceria com o Ministério da Saúde, visando a ampliação da humanização da assistência nas maternidades.

O reconhecimento do Ministério da Saúde às ações desenvolvidas para humanizar o atendimento à mulher e ao recém-nascido – visando incentivar o parto normal, o alojamento conjunto e o aleitamento materno – resultou no financiamento da construção do Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho. Inaugurado em novembro de 2001, o Centro de Parto Normal (Casa de Parto) possui cinco quartos e oferece condições para que a mulher e sua família vivenciem a experiência do parto da melhor maneira possível, como um evento saudável e prazeroso.

Atualmente, o hospital busca aperfeiçoar suas ações de assistência ainda mais, para se tornar um “Hospital Amigo da Mulher”, no sentido de poder garantir às mulheres o pleno exercício do direito à saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, está recebendo o apoio e assessoria da ONG feminista Musa (Mulher e Saúde – Centro de Referência e Educação em Saúde da Mulher) e da Coordenação da Regional Minas Gerais da Rede Feminista de Saúde.

Ana Flávia Coelho Lopes é assistente social do Hospital Sofia Feldman.

cada pela assistência) e também pela necessidade do fortalecimento das mulheres, como pacientes e como cidadãs, para negociar com os serviços de saúde.

O DIREITO AO PARTO COMO EXPERIÊNCIA PRAZEROSA

Além dos questionamentos quanto à efetividade e segurança dos procedimentos, o desenvolvimento da medicina baseada em evidências trouxe à tona o tema do bem-estar emocional das pessoas envolvidas no parto. Atualmente, há uma tendência a se considerar que melhorar a qualidade da experiência do parto – por meio de uma assistência “basea-

da na evidência”, “orientada pelo direito”, “respeitosa” e “centrada na mulher” – pode ser o caminho mais promissor, tanto para tornar o parto mais seguro quanto para reduzir a demanda por cesárea.

Hoje, uma das questões mais relevantes para a promoção de uma mudança nas práticas é a satisfação da parturiente e dos demais envolvidos. A satisfação com a experiência do parto é diferente das demais questões de assistência à saúde, porque não envolve uma doença que exija cuidados propriamente médicos ou de emergência. O parto é um evento fisiológico cuja assistência é, em grande medida, um evento social, mesmo nos casos

minoritários em que possa haver riscos à saúde dos envolvidos. Sabe-se também que, *a priori*, não há qualquer incompatibilidade entre satisfação, segurança e qualidade da assistência.

Fonte: Sakala, 2002.

Até recentemente acreditava-se que a única coisa que realmente interessava era que a mãe e o bebê estivessem saudáveis. A satisfação com a experiência do parto seria de importância secundária e, se a dor fosse controlada, as mulheres teriam uma experiência positiva. Um extenso estudo sobre o tema mostrou que, embora as mulheres queiram acima de tudo manter a sua saúde e ter filhos saudáveis, a relação entre a satisfação e as intervenções no parto, incluindo o manejo da dor, não é tão clara.

Para elas, a satisfação no parto não está condicionada à ausência de dor. Muitas mulheres estão dispostas a sentir alguma dor no parto; o que elas não querem é que a dor seja insuportável. Em grande medida, o que mais influi na satisfação com o parto é o comportamento dos profissionais. A satisfação no parto é fortemente associada a um ambiente acolhedor e à presença de companhia durante todo o trabalho. O acompanhante pode ser uma doula (acompanhante de parto profissional – saiba mais sobre as doulas na pág. 20), o companheiro, um familiar ou amiga/o (leia também sobre o direito a acompanhante na pág. 21).

Fonte: Hodnett, 2002.

Além disso, muitos procedimentos que os profissionais acreditam ser necessários e satisfatórios

A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO CISAM

A Maternidade da Encruzilhada foi inaugurada em 1947, sob o nome de Maternidade Professor Monteiro de Moraes. Em 1973, foi delegada à Fesp (Fundação de Ensino Superior de Pernambuco) a administração do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), que pertencia à Maternidade da Encruzilhada e que passou a ser um dos hospitais-escolas da Fesp, atualmente Universidade de Pernambuco (UPE).

Em uma incessante busca pela otimização de resultados nos processos de assistência humanizada, o Cisam buscou parceria desde 1993 com organizações não-governamentais, como o SOS Corpo – Gênero e Cidadania e o Grupo Curumim – Gestação e Parto, grupos que trabalham com as questões de gênero, saúde e cidadania. Foi então desenvolvido um trabalho de sensibilização com 70% dos profissionais de saúde, objetivando uma “nova relação profissional de saúde-mulher”.

A redefinição do modelo de atenção resultante dos novos paradigmas do processo saúde-doença tem sido acompanhada pelo serviço através de diversas práticas e estraté-

gias no acolhimento das usuárias, na busca da assistência humanizada ao parto e ao nascimento, através da adesão das recomendações da OMS e com a parceria de ONGs.

Outras ações que estão sendo viabilizadas, neste momento, seguem nosso propósito de proporcionar um atendimento humanizado e fortalecer o vínculo entre a comunidade e o serviço. Tais ações referem-se à criação de um manual de atividades para orientar os/as acompanhantes e suas parturientes, à instalação do Conselho Gestor e à implantação de atividades de musicoterapia.

O parto é, seguramente, uma experiência importante na vida de uma mulher. As instituições e os profissionais que assistem às mulheres devem proporcionar as condições para que esta experiência seja a mais positiva possível. Esta tem sido nossa luta. Consideramos que o Cisam, na década de 90, iniciou uma nova cultura institucional caracterizada pela redefinição do modelo de gerenciamento, respaldado nos princípios do SUS e nos novos paradigmas de acolhimento da mulher e família, envolvendo-a como protagonista no processo da atenção ao parto. Este tem sido o nosso compromisso.

Veranice Alves Pereira é enfermeira e diretora do Cisam. **Alexsandra Xavier** é enfermeira obstétrica e diretora da Abenfo (Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras).

DOULAS DO BRASIL

O ambiente hospitalar trouxe novos personagens à sala de parto, que são encarregados da fisiologia do parto, da saúde da mulher, da saúde do bebê, das necessidades dos médicos e dos protocolos hospitalares. Hoje em dia, no entanto, a mulher nunca esteve tão só em um momento que, até há pouco tempo, era caracterizado pela reunião da família, presença de mulheres experientes e um ambiente domiciliar acolhedor.

As doulas são acompanhantes de parto profissionais, encarregadas de prover o conforto físico, emocional e afetivo à mulher que está dando à luz. Por meio do trabalho verbal e físico, a doula pode trazer à mulher a confiança de que ela necessita para ter uma experiência de parto positiva e o mais próximo possível do que ela deseja.

O nome doula vem do grego, “mulher que serve”, e indica aquela que dá suporte físico e emocional à parturiente. As doulas usam recursos diversos em seu trabalho, como massagens, técnicas de respiração, estímulo à livre movimentação, visualizações, exercícios de alongamento, além de muito carinho e afeto, o que dificilmente pode ser oferecido por uma equipe de atendimento tradicional.

Muitos hospitais públicos, em várias regiões do Brasil, vêm desenvolvendo projetos de incorporação e treinamento de doulas nos últimos anos, algumas vezes em parceria com os movimentos populares de saúde.

O grupo Doulas do Brasil foi criado em 2002 por iniciativa de quatro doulas de São Paulo e Campinas. O trabalho se iniciou com a criação de um *site* onde são oferecidas informações sobre a profissão de doula, o parto, depoimentos, fotos e um cadastro nacional de doulas.

Os objetivos do grupo são oferecer às gestantes a possibilidade de uma experiência de parto fortalecedora e positiva, divulgar a idéia do parto natural como a melhor opção nas gestações de baixo risco e incentivar a profissão de doula através da divulgação entre médicos, enfermeiras e nos meios de comunicação.

Atualmente as Doulas do Brasil oferecem cursos de capacitação e de humanização do parto para futuras doulas, para enfermeiras e equipes de atendimento em instituições públicas e privadas.

Ana Cristina Duarte é bióloga, florista, webmistress (www.amigasdoparto.com.br e www.doulas.com.br), além de doula e mãe de dois filhos.

podem ser considerados pelas mulheres como desagradáveis e até degradantes. Em geral, quanto menos intervenções maior é a sensação de controle da experiência pela mulher e, conseqüentemente, maior é a satisfação.

Fonte: Hodnett, 2002.

AMIGAS DO PARTO

Quatro mães, quatro diferentes experiências de parto. Esse foi o ponto de partida para que essas mulheres resolvessem se unir em torno de um objetivo: disponibilizar para outras mulheres as informações sobre gestação e parto necessárias para que tomem decisões informadas e vivam experiências positivas e satisfatórias.

Em um país onde 85% dos nascimentos na rede privada são cesáreas, é essencial que a mulher tenha acesso à informação baseada em evidência científica e a uma eficiente rede de apoio. As Amigas do Parto montaram um *site* com mais de 200 páginas com informações, fotos, depoimentos, entrevistas, artigos e notícias relacionadas ao parto. Atualmente, o *site* recebe cerca de 500 visitas por dia, gerando um tráfego de internet digno de grandes portais.

Nas mensagens recebidas diariamente pelas Amigas do Parto, o que mais aparece é a preocupação da gestante em encontrar um médico obstetra favorável ao parto normal e que ofereça um atendimento humanizado, não apenas à mulher mas também ao bebê e ao acompanhante.

Muitas mensagens refletem situações de frustração em relação a cesáreas mal explicadas ou traumas relativos a partos normais repletos de intervenções que a Organização Mundial de Saúde condena, como o uso rotineiro de soro, episiotomia, isolamento, jejum, separação da mãe e do bebê, entre outras.

O grupo tem oferecido gratuitamente indicações de obstetras e hospitais que adotam uma proposta mais sintonizada com as expectativas das gestantes, bem como palestras e participações em encontros e simpósios. O objetivo é sempre o de representar o grupo menos ouvido nas discussões de obstetrícia: as próprias mães.

Ana Cristina Duarte é bióloga, florista, webmistress (www.amigasdoparto.com.br e www.doulas.com.br), além de doula e mãe de dois filhos.

O DIREITO A ACOMPANHANTE NO PARTO

Até meados do século passado, as mulheres eram acompanhadas por outras pessoas durante o parto na maioria das sociedades e culturas. No entanto, as formas de acompanhamento têm variado segundo o contexto social e histórico, sendo moduladas a partir de diferentes valores culturais.

Foi apenas com o advento do parto hospitalar que a mulher passou a ser afastada do seu meio e de seus entes queridos durante esse evento. Nesse ambiente, muitas mulheres passaram a associar a vivência do parto ao sentimento de isolamento e abandono. Diversas pesquisas indicam que a ausência de suporte emocional interfere na fisiologia do parto.

Por outro lado, evidências científicas assinalam que a presença de acompanhante contribui para a melhoria dos indicadores de saúde e do bem-estar da mãe e do recém-nascido. A presença de acompanhante aumenta a satisfação da mulher e reduz significativamente o percentual de cesáreas, a duração do trabalho de parto, a utilização de analgesia/anestesia e de ocitocina (para apressar o parto) e o tempo de hospitalização dos recém-nascidos.

Essas evidências levaram a Organização Mundial de Saúde a recomendar a presença de acompanhante no parto na Conferência sobre Tecnologias Apropriadas para o Nascimento e Parto, em 1985, e também inspiraram a Rede pela Humanização do Nascimento (ReHuNa) a iniciar uma campanha pelo direito da parturiente a um acompanhante de sua escolha. Lançada em São Paulo, em maio de 2000, essa campanha conta com o apoio da Rede Nacional Feminista de Saúde,

Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras e da União dos Movimentos Populares de Saúde de São Paulo.

Inicialmente, o objetivo dessas entidades era dar visibilidade à lei em vigor no Estado de São Paulo, que já assegura esse direito para as parturientes paulistas, e trabalhar em prol de sua implementação. Trata-se da Lei no. 10.241, de 1999, que é de autoria do deputado estadual Roberto Gouveia (PT-SP) e refere-se aos direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde em São Paulo. A campanha vem se ampliando em âmbito nacional e membros da ReHuNa, juntamente com seus aliados, passaram a apresentar projetos de lei em seus Estados, de tal modo que atualmente também em Santa Catarina a parturiente tem direito a acompanhante de sua escolha.

No âmbito internacional, essa demanda é hoje considerada um direito relativo ao parto e nascimento e sua incorporação à Iniciativa Maternidade Segura (OMS) vem sendo pleiteada. O isolamento e abandono da mulher na hora do parto são considerados uma manifestação de violência institucional e uma violação do direito humano de não ser submetido/a a tortura ou a tratamentos cruéis e degradantes.

No Brasil, o Ministério de Saúde também vem se mostrando sensível a esse tema e atualmente reconhece o direito da gestante a acompanhamento durante o trabalho de parto por pessoa de sua escolha. Porém, a despeito dos avanços, a maioria das brasileiras continua desacompanhada nesse evento.

Sônia N. Hotimsky é antropóloga, mestra em Saúde Pública e integrante da coordenação estadual da ReHuNa/SP.

Segundo essa pesquisa (Hodnett, 2002), as mulheres que receberam mais informações também acharam o parto mais satisfatório, talvez porque sentissem ter um papel mais ativo durante o processo. Esse dado reforça a importância da criação de espaços onde as mulheres possam se encontrar e trocar idéias sobre suas expectativas, receios e desejos relativos à gravidez e ao parto. No Brasil, uma das boas novidades nessa área foi a criação de *sites* sobre humanização do parto e das listas eletrônicas “Parto Natural” e “Amigas do Parto”, freqüentadas por mulheres e profissionais de todo o país. Embora

seu alcance esteja restrito aos que têm acesso à internet, essas iniciativas estimularam a formação de uma comunidade de usuárias e profissionais, oferecendo acesso a informações preciosas, antes inéditas em português (pág. 20).

E como ter filhos é a razão mais comum para as mulheres buscarem os serviços de saúde, a avaliação da satisfação delas com a assistência ao parto é um campo especialmente importante, não apenas para as mulheres, mas também para profissionais de saúde, administradores e formuladores de políticas.

Humanização do parto e direitos reprodutivos

Considerando-se que o termo “humanização” tem diferentes sentidos e que é importante respeitar essa diversidade, quando aqui se fala em humanização da assistência ao parto não se pretende propor uma forma “correta” de humanização, mas sim apresentar uma proposta de mudança nas práticas de atendimento que leve em conta os direitos das mulheres a uma maternidade segura e prazerosa. Nesse sentido, para o feminismo, a humanização do parto refere-se ao respeito e à promoção dos direitos de mulheres e crianças a uma assistência baseada na evidência científica da segurança e eficácia, e não na conveniência de instituições ou profissionais.

Até há pouco, o termo humanização era usado apenas, e de modo restrito, nos países de língua latina. Hoje, a tendência aponta para sua internacionalização, como se vê no próprio título da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto (Fortaleza, 2000). O que no Brasil chama-se “assistência humanizada” pode em outros países ser denominada “baseada em evidências”, “orientada pelos direitos”, “centrada na mulher”, “parto ativo”, “parto feliz”, “parto respeitoso” ou “assistência amiga da mulher”.

MATERNIDADE E FEMINISMO

Aqui e em outros países, quando o movimento feminista se reorganizou a partir da década de 70 passou por uma fase em que era mais importante afirmar o direito de decidir não ter filhos. Era urgente questionar a maternidade obrigatória, considerada até então o destino biológico da mulher “normal”.

Nessa época, em um ambiente de discussão sobre o crescimento populacional do Brasil, além de uma perspectiva crítica ao controlismo da natalidade – originária de segmentos progressistas – havia duas correntes, ambas autoritárias, que disputavam a cena do debate demográfico. Os antinatalistas defendiam a tese de que o planeta estava ameaçado pela explosão populacional e,

portanto, as mulheres deveriam reduzir o número de filhos. Já os natalistas lutavam para que as mulheres pudessem ter quantos filhos a natureza lhes desse. Segundo esta corrente, regular a fertilidade, além de pecado, seria contrário aos interesses nacionais. O uso de contraceptivos ou a interrupção da gravidez indesejada deveriam ser proibidos.

Fonte: Rocha, 1993.

Na década de 70,
a maternidade
era vivida
em condições
de opressão

Os dois pontos de vista tratavam a mulher como um objeto, um meio para alcançar objetivos alheios a ela. A mulher não era vista como sujeito de sua vida, como cidadã capaz de fazer escolhas conscientes em relação à sua fertilidade.

A perspectiva do feminismo afirma que a maternidade deve ser voluntária, uma escolha da mulher, jamais uma condição imposta pela sociedade, por um relacionamento ou “pela natureza”. Para isso, deve ser garantido às mulheres livre acesso à informação, aos métodos contraceptivos e ao aborto.

Por voluntária, o feminismo entende que a maternidade é um direito e não um dever. Como um direito, pode ser exercido fora do casamento e independentemente de orientação sexual. As feministas repudiam qualquer forma de discriminação contra as mulheres e reivindicam para solteiras e lésbicas que desejem ter filhos os mesmos direitos das que desejam ser mães em relações conjugais formais e heterossexuais. Defendem ainda o direito à adoção e o acesso ao apoio social da maternidade, aos bancos de sêmen e a eventuais tratamentos de infertilidade.

Fonte: Boston Women's Health Book Collective, 1998.

Na década de 70, o movimento feminista constatava que a maternidade era vivida em condições de opressão, mesmo quando havia uma escolha consciente. As mulheres se sentiam tratadas não como pessoas com novas necessidades, mas como embalagens para o feto, como uma pélvis assexuada, vigiada e submetida a intervenções institucionais – especialmente no campo da medicina. Desde meados da década de 80, muitas intervenções adotadas durante o parto eram reconhecidas por alguns cientistas e formuladores de políticas da área de saúde como irracionais, arriscadas, violentas e de eficácia duvidosa.

Fonte: Enkin et al, 2000.

As feministas afirmam que esse modelo suprime e ignora as dimensões sexuais, sociais e espirituais

do parto e do nascimento. Denunciam a perda de autonomia e de autoridade das mulheres sobre a reprodução imposta pelas instituições de saúde, além do caráter desumano da tecnologia utilizada.

A situação foi muito bem descrita pela poeta norte-americana Adrienne Rich: “(...) 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 nos deixarão abraçá-los”.

Fonte: Rich, 1979.

Os direitos da maternidade na agenda feminista

No Brasil, desde a década de 80 uma das frentes de luta do movimento de mulheres é a assistência ao parto. Para isso, o movimento produz material educativo em que propõe políticas públicas e utiliza o termo “humanização da assistência à gravidez e ao parto”. Reivindica as dimensões emocionais e sociais da maternidade, afirmando que “a gravidez não acontece só na barriga da gente”. Questiona o modelo médico centrado em uma concepção do corpo feminino como “defeituoso”, que trata o parto como um acontecimento patológico e arriscado, que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa.

A maternidade defendida pelas feministas brasileiras envolvidas com a humanização do parto é uma maternidade “voluntária, prazerosa, segura e socialmente amparada”, em vez de uma experiência de sofrimento e vitimização.

Fonte: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.

Por “socialmente amparada” entendemos a maternidade como um trabalho social, não como responsabilidade individual da mulher. A maternidade é responsabilidade do casal (leia sobre paternidade e masculinidades na pág. 24), da família e da sociedade, que vai receber a criança, cidadã na plenitude dos seus direitos.

O HOMEM NO PROCESSO DE TER FILHOS

A literatura científica e de apoio direto à intervenção vem, a partir dos anos 80, tratando cada vez mais da participação dos homens na esfera privada. A impressão que se tem é que estamos enfim passando de uma visão de que a não-participação masculina na vida doméstica decorreria exclusivamente do “machismo” de cada homem, para uma outra em que é necessário compreender que condições são criadas pela sociedade para facilitar ou dificultar o envolvimento dos homens na vida familiar.

Tendo em vista essa organização da vida social em função da desigualdade de gênero, é necessário pensarmos que apenas políticas afirmativas específicas à maior participação dos homens nas atividades domésticas não resolvem, pois os pais continuam a trabalhar mais horas que as mães em empregos remunerados. Ou seja, enquanto a sociedade for regida pelo princípio da divisão do trabalho por gênero, teremos barreiras para que homens e mulheres assumam mais ou menos atividades públicas e privadas em consonância com suas orientações individuais. Assim, as mulheres continuam a assumir, desproporcionalmente, grande parte das responsabilidades familiares, especialmente aquelas referentes aos filhos, e os pais continuam responsáveis primários pela manutenção material do lar.

Ampliar a aceitação do cuidado desempenhado pelo pai pode expandir seu papel junto aos filhos. Já existem estudos que mostram que, em geral, os homens que desempenham

mais tarefas de cuidado com as crianças relatam uma maior satisfação na relação conjugal.

O pai de amanhã será um homem a quem serão devolvidas (e que construirá), no contato com o bebê e a criança, as reações complexas e ambivalentes até aqui reservadas apenas à mãe. Não consideramos, entretanto, que ele será um pai-mãe, como dizem alguns. Ele será na verdade, um homem-pai. Não se trata de uma mera e simples troca de lugares, mas da construção de um outro lugar e de outros sentidos.

Certamente, nem todo homem deseja “paternar” (vivenciar a paternidade) ou ter filhos. Do mesmo modo, um bom marido pode não ser necessariamente um bom pai. Nesse terreno, a única certeza é a diversidade. Diversidade de experiências, diversidade de arranjos familiares, diversidade de possibilidades. É importante desenvolver uma escuta atenta a essas diversidades e respeitar os desejos, direitos e compromissos que o ato de amamentar envolve.

A partir dessa perspectiva, em Recife, nordeste brasileiro, temos desenvolvido diálogos sobre a importância da participação dos pais no processo da gravidez, parto e pós-parto/amamentação. Realizamos encontros semanais com jovens pais e/ou parceiros de grávidas adolescentes que as acompanham em serviços de pré-natal ou no setor de puericultura, tanto nos hospitais como em unidades da rede pública de saúde.

Benedito Medrado é mestre e doutorando em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Jorge Lyra é mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Ambos são coordenadores do Programa Papai, de Recife, Pernambuco.

Os direitos da mulher são inseparáveis e perfeitamente compatíveis com os direitos da criança. Isso implica a defesa dos “direitos da maternidade”: desde a assistência à saúde pública e gratuita de boa qualidade no ciclo gravídico-puerperal até a licença-maternidade, incluindo o direito a creche e a escola pública. A reafirmação desses direitos é fundamental no atual contexto, em que se enfrenta uma política de retração do Estado e se assiste ao desmantelamento dos serviços públicos de saúde, da educação pré-esco-

lar e elementar e do direito constitucional à licença-maternidade.

O DIREITO À MATERNIDADE SEGURA

A maternidade segura é um dos focos principais de ação do movimento feminista. Durante o Encontro Internacional Mulher e Saúde (Costa Rica, 1987), foi proposta a criação do Dia de Ação pela Saúde da Mulher (28 de maio), tendo como enfoque principal o combate à mortalidade materna. A denúncia era de que ocorriam anualmente cerca de meio milhão

de mortes de mulheres que poderiam ser evitadas. Essa alta taxa era resultado de complicações durante a gravidez e o parto e também de abortos inseguros.

Fonte: Tanaka, 2002.

A data foi incorporada por governos e organizações do mundo inteiro e impulsionou a criação de muitas iniciativas em favor da maternidade segura. Porém, devido à gravidade do problema da mortalidade materna, o foco na segurança e na preservação da vida obscureceu muitas vezes outras questões políticas ligadas à assistência à maternidade, como o direito a um atendimento humanizado.

No final do século XX, a OMS definiu que, para atingir a maternidade segura, seria necessário mudar radicalmente o modo como os serviços de saúde tratam as mulheres. Foi reconhecido que, muitas vezes, os profissionais de saúde são autoritários e rudes com as mulheres grávidas e que elas se sentem humilhadas e até ameaçadas em suas interações com esses profissionais. A má qualidade dessa interação muitas vezes resulta em consequências graves para a segurança do parto e a saúde materna e perinatal.

Para a OMS, “as mudanças na oferta e no acesso a serviços não são suficientes. Os objetivos da Iniciativa Maternidade Segura só serão alcançados quando as mulheres estiverem fortalecidas e os seus direitos humanos – incluindo seu direito a serviços e informação de qualidade durante e depois do parto – forem respeitados”.

Fonte: WHO, 1998.

O reconhecimento dos direitos humanos na assistência ao parto, usando-se ou não o termo “humanização”, tem sido registrado em vários documentos internacionais. Um deles propõe: “A proteção e a promoção dos direitos humanos das mulheres podem ajudar a assegurar que todas as mulheres tenham o direito a:

- tomar decisões sobre sua própria saúde, livre de coerção e violência, com base na mais completa informação; e
- ter acesso a serviços e informação de qualidade, antes, durante e depois da gravidez e do parto”.

Fonte: WHO, 1998.

Uma rede pela humanização do parto

A crítica feminista sobre a assistência à gravidez e ao parto – ainda que um tema um tanto marginal na agenda do movimento – foi decisiva para aglutinar outros atores sociais na criação de uma frente ampla pela mudança das práticas. O movimento pela humanização da assistência às mulheres e aos bebês inclui atores sociais tão diferentes entre si como os profissionais da medicina baseada na evidência (que lutam contra a prática da medicina não-racional e sem base científica, no ensino, pesquisa e assistência) e os profissionais de formas alternativas de cura.

Em 1993 alguns grupos do movimento brasileiro de mulheres contribuíram para a fundação da Rede pela Humanização do Nascimento (ReHuNa), que desde então tem se mostrado uma rede especialmente ativa em parcerias. Nos últimos dez anos a ReHuNa tem contribuído para facilitar a mudança de práticas de pessoas e instituições, por meio da formação e reciclagem de recursos humanos, organização de campanhas e orientação na implantação de serviços (leia mais sobre a ReHuNa na pág. 26).

A HUMANIZAÇÃO COMO RESPOSTA À VIOLÊNCIA NA ASSISTÊNCIA

A assistência ao parto é freqüentemente vista como uma forma de violência contra as mulheres. Os preconceitos presentes na formação dos profissionais de saúde e na organização dos hospitais fazem com que as freqüentes violações dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres sejam incorporadas e passem a fazer parte da rotina “normal” da assistência.

Fonte: d'Oliveira, Diniz e Schraiber, 2002.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO – REHUNA

A Rede pela Humanização do Nascimento surgiu em 1993, em Campinas, São Paulo, em uma reunião de pessoas preocupadas e indignadas com a situação da assistência ao nascimento em nosso país – fosse pelas altas taxas de cesarianas, fosse pelo que qualificaram como “as condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento”.

Na *Carta de Campinas*, essas pessoas explicitaram suas motivações:

- “mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- resgatar o nascimento como evento existencial e sociocultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais;
- revalorizar o nascimento, humanizando as posturas e condutas diante do parto e nascimento;
- incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e seus partos;
- aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado às práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento”.

Em 2000, em Fortaleza, Ceará, ao final da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto, foi produzido outro documento – a *Carta de Fortaleza*. Aí, novamente, explicitamos nossa indignação e apresentamos propostas para um atendimento de qualidade às mulheres e crianças.

Pleiteamos uma assistência que tome em consideração os direitos humanos e reprodutivos das pessoas, a assistência baseada em evidências científicas, a adoção de tecnologias apropriadas na assistência a partos e nascimentos. Sublinhamos a importância das relações humanas respeitadas nos contatos entre usuárias/os e serviços de saúde. Nossas propostas se alicerçam nas Recomendações da Organização Mundial de Saúde, tanto as de 1985, como as de 1996.

Hoje, a ReHuNa congrega profissionais de saúde, instituições, estudantes, parteiras e cidadãs e cidadãos, todos comprometidos com um ideário e práticas de mudança de nosso questionável modelo de assistência a partos e nascimentos. A ReHuNa é uma organização aberta a todos os que quiserem partilhar nossas esperanças de um futuro pleno de nascimentos para uma vida mais humana, digna e saudável.

Paula Viana é enfermeira e parteira. Desde 1992 é integrante do Grupo Curumim – Geração e Parto. Atualmente, é membro da coordenação nacional da ReHuNa.

É preciso lembrar também que a forma de organização dos hospitais muitas vezes reforça a discriminação, não apenas contra as mulheres, mas também contra negros, migrantes e pobres.

No Brasil, há uma década diversos grupos denunciam “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”.

Fonte: ReHuNa, 1993.

Esses grupos consideram que, no parto vaginal, “a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturba e inibe o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passam a ser sín-

nimo 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”.

Fonte: ReHuNa, 1993.

A “epidemia de cesáreas” estaria assim relacionada ao contexto de violência no qual as mulheres vivenciam o parto, conforme sugerem estudos que abordam as relações das mulheres com os serviços de saúde. A violência na relação com esses serviços tem sido uma constante em estudos sobre a violência de gênero no Brasil. Para muitas mulheres, o atendimento ao parto é violento e os funcionários são agressivos. Estes freqüentemente humilham as pacientes e não respeitam sua dor. É comum a queixa de humi-

lhação sexual, em agressões verbais do tipo: “na hora de fazer você gostou, agora vem fazer escândalo”.

Fonte: *d'Oliveira, Diniz e Schraiber, 2002.*

Reclamações semelhantes sobre a assistência ao parto aparecem em países e culturas as mais diversas. Essa tendência ao tratamento rude e humilhante é mais intensa quando as mulheres estão mais vulneráveis, como é o caso de mulheres pobres, negras, portadoras do HIV, prostitutas, solteiras, adolescentes e usuárias de drogas.

O tema da violação dos direitos humanos na assistência à saúde reprodutiva em geral e na assistência ao parto em especial é amplamente documentado pelo Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem). Em seu estudo *Silencio y Cumplicidad – Violencia Contra la Mujer en los Servicios Públicos de Salud en el Perú*, há o seguinte comentário: “Nas narrações das usuárias, há uma constante menção a maus-tratos, ofensas, humilhações, indiferença, negligência e ao risco iminente de sofrer abusos no âmbito dos estabelecimentos públicos de saúde. Os testemunhos colhidos também dão conta de uma série de intervenções sobre o corpo da mulher, sem que a ela se dê qualquer informação nem se peça consentimento; exposição a sofrimentos desnecessários a parturientes e a aquelas a quem se suspeita que provocaram um aborto”.

Fonte: *Cladem e CRLP, 1998.*

Segundo o Cladem, nesses casos deve-se apelar aos instrumentos que protegem os direitos à integridade pessoal e à autonomia nas decisões sobre a sexualidade e a reprodução – aí incluídos os documentos resultantes da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e da Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995), como orientações interpretativas das normas contidas nos tratados de direitos humanos.

Fonte: *Cladem e CRLP, 1998.*

A esses casos de violação de direitos aplicam-se muitos artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em especial o que define que “todo indivíduo tem o direito à vida, à liberdade e à segurança de sua pessoa” e que “ninguém será submetido a torturas nem a castigos ou a tratamentos cruéis, degradantes ou desumanos”. Segundo a Convenção Contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, esses conceitos aplicam-se a aquelas pessoas que estão colocadas em instituições, sejam elas prisões ou serviços de saúde.

Fonte: *Themis, 1997.*

O DIREITO À INTEGRIDADE CORPORAL

O movimento feminista afirma a autoridade das mulheres na definição de suas necessidades e se opõe às condutas médicas feitas “para o seu próprio bem”. Reivindica os direitos reprodutivos e sexuais, os direitos humanos à condição de pessoa, à integridade corporal e à equidade. Esses direitos, quer estejam ou não constituídos legalmente, são compreendidos como reivindicações de justiça, afirmações de que os arranjos sociais de gênero são injustos e devem ser transformados.

Nesse sentido, as condutas desnecessárias e arriscadas são consideradas violações ao direito da mulher à sua integridade corporal. A imposição autoritária e não-informada desses procedimentos atenta contra o direito à condição de pessoa; e a dificuldade no acesso ao leito, com a peregrinação das gestantes em busca de vagas nos hospitais, viola o direito das mulheres à equidade e à assistência.

Essa abordagem a partir dos direitos humanos converge em grande medida para a reflexão crítica que vem sendo feita pelas feministas sobre os princípios da Bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Fonte: *Oliveira, 2002.*

A questão da assistência como tema de direitos humanos tem sido até mesmo levada a tribunais internacionais, como um exemplo de violação do direito humano das mulheres à integridade corporal. Como testemunha no Tribunal Internacional de Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos, Carmen Cruz afirma: “Durante a lenta recuperação, diante de tanto mau trato (uma sucessão de procedimentos invasivos e perigosos, que resultaram em morte do bebê, perda do útero e infecção hospitalar generalizada), a única coisa que quero é morrer. Da minha vagina, continua escorrendo pus, minha filha está morta e, além de tudo, agora sou estéril. Minha família, para consolar-me, me diz que não sou nem a primeira nem serei a última que passa por isso, que já vou me esquecer deste pesadelo, que me conforme. E é ali, no meio da dor física e moral, da raiva e da impotência, que me pergunto: e as que agora são meninas e um dia decidirão ser mães, vai acontecer o mesmo que me aconteceu? Até quando vamos esperar para denunciar, falar, exigir?”.

Fonte: Bunch, Rielly e Inojosa, 2000.

“Dia do fórceps”

As mulheres que recorrem a serviços que treinam profissionais de saúde correm um risco ainda maior de sofrer procedimentos invasivos e cortantes sem indicação de necessidade, às custas de sua segurança e conforto físico. O “procedimento didático” (uso das mulheres como material de ensino, sem indicação médica do procedimento), é um tema muito freqüente nas queixas das pacientes. Isso não quer dizer que os profissionais não necessitem treinar as técnicas, mesmo as mais invasivas, arriscadas e dolorosas, em pacientes reais. Mas o abuso de indicações – tal como no chamado “dia do fórceps”, programado para o uso desse recurso nas grávidas que procurarem o serviço naquele dia – sugere que o aprendizado de valores, como o respeito à integridade física das pacientes, é secundário ao aprendizado dos recursos, que muitas vezes poderiam ser treinados em modelos sintéticos.

O DIREITO À EQUIDADE E O ACESSO AO LEITO NO PARTO

Para entender o problema do acesso ao leito quando a mulher vai dar à luz no Brasil, é preciso antes lembrar que a sociedade brasileira está dividida entre os 30% da população que têm algum tipo de convênio ou seguro privado de saúde e os 70% restantes que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

A noção de direitos é ainda pouco concreta para as usuárias dos serviços de saúde, porém menos palpável ainda para quem depende do SUS. A alternativa privada inclui um contrato escrito e um conjunto de serviços de referência; e muitos planos de saúde garantem o direito à escolha do profissional que atenderá o parto.

A “opção” pela cesárea como garantia de internação

Ao contrário do que muitos acreditam, as mulheres brasileiras não estão, em sua maioria, convencidas de que a cesárea é a melhor alternativa. Vários estudos mostram que a maioria das gestantes, nas diversas camadas sociais, preferem o parto vaginal e buscam profissionais que se comprometam com essa preferência. Mas elas em geral não conseguem viabilizar seu desejo e acaba prevalecendo a indicação do profissional – menos ou mais apropriada – no decorrer do parto.

O agendamento de cesáreas é uma estratégia para equacionar o problema do acesso na rede privada e otimizar o uso da rede instalada e dos recursos humanos. Mesmo no caso dos planos de saúde mais caros, pode acontecer de uma mulher em trabalho de parto espontâneo procurar o serviço escolhido e não encontrar leito, porque estão todos ocupados por cesáreas agendadas.

Para a mulher, a “opção” pela cesárea agendada pode funcionar não apenas como estratégia para

garantir a internação, mas também como único recurso para assegurar a “continuidade do cuidado” (ser atendida por um profissional conhecido – de preferência o que fez o acompanhamento do pré-natal) e em um serviço de sua escolha.

Ritual de exclusão

Entre as mulheres que dependem do SUS, ser admitida no serviço equivale a resolver o problema, porque significa estar incluída em algum sistema formal de assistência. Mais que o tipo ou a qualidade da assistência, o problema é reduzido a ter alguma assistência, qualquer que seja ela.

Nesse contexto de “inclusão excludente”, o acesso à internação hospitalar para o parto funciona como um “ritual de inclusão”. É como se a internação permitisse à mulher dar à luz à sua filha ou filho em um lugar socialmente sancionado, ritualizando assim sua inclusão como novo cidadão no “lugar adequado”. Em grande medida, o tipo de assistência ao parto define e explicita o lugar social tanto da mãe quanto do filho. A primeira etapa desse ritual, aparentemente a mais importante, é conseguir ser internada.

O acesso ao leito apresenta ao menos três questões complicadoras. A primeira é que há uma grande variação nos critérios que definem quando o trabalho de parto se inicia. Nem sequer há um consenso clínico sobre o que é o trabalho de parto latente (que aparece em muitos textos médicos como “falso trabalho de parto”) e a fase ativa, “verdadeira”. Assim, alguns serviços internam precocemente, o que resulta em mais intervenções desnecessárias. Outros só não recusam a mulher se ela estiver em período expulsivo, isto é, prestes a dar à luz, o que resulta em mais peregrinações para a paciente.

A segunda questão é que nem todo leito obstétrico que está vago está disponível. A disponibilidade depende dos leitos para o pós-parto e para

eventuais complicações do bebê. Sem esta disponibilidade, freqüentemente a internação não é autorizada. O problema é ainda mais sério para as chamadas gestações de risco, que dependem de leitos especializados e de UTI neonatal, o que pode prolongar a procura. Essa “peregrinação por leito” durante o trabalho de parto pode ter graves conseqüências para a saúde da mulher e do bebê. O estudo de Ana Cristina Tanaka mostra que, entre as mortes maternas, 55% ocorreram durante a peregrinação.

Fonte: Tanaka, 1995.

A terceira questão é que a carência de leitos, suposta ou real, em especial no SUS, serve para justificar distorções na assistência. A aceleração dos partos de rotina é justificada como necessária para desocupar rapidamente o leito, “atropelando” o evento, que deve ocorrer rapidamente e de qualquer maneira, às custas do bem-estar e da segurança da mulher e do bebê. Levada ao extremo, a mesma argumentação pode servir para defender a cesárea como mais inclusiva, já que permite o acesso programado e disciplinado de maior número de pacientes, livres da imprevisibilidade do parto espontâneo.

Medidas para melhorar o acesso

Os problemas de acesso ao leito obstétrico, que estão em grande medida relacionados aos problemas da assistência, podem ser reduzidos pelo aumento do número de leitos, sua melhor distribuição geográfica e sua organização por meio da central de vagas. Essas providências reduziriam ou eliminariam a peregrinação por leitos obstétricos ou neonatais, principalmente nos casos de alto risco.

A distribuição de leitos de parto nas grandes cidades, como São Paulo, é profundamente injusta, havendo grande concentração nas áreas ricas e carência nas regiões periféricas, onde a maioria da

PARTEIRAS TRADICIONAIS

A assistência ao parto domiciliar deve ser entendida como atividade complementar no elenco das demais ações que compõem o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), que deve ser assumido amplamente. Incluída no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), a assistência de parteira ao parto sem complicação precisa ser assegurada com qualidade e respeito à mulher, ao bebê e à parteira que os assiste.

O Brasil desconhece o número de parteiras tradicionais atuantes. Secretarias municipais e estaduais e o Ministério da Saúde não têm, em seus registros, informações que apontem a realidade sobre o número de partos domiciliares assistidos por parteiras. Em 1999, foram notificados 38.703 partos realizados por parteiras tradicionais. Longe de espelhar a realidade, esse número aponta para um quadro em que a assistência ao parto domiciliar se desenvolve ao largo do sistema de saúde que, alheio à sua importância e às responsabilidades que tem o SUS para com o trabalho da parteira, permanece desconhecendo e desvalorizando a parteira.

A ausência de um comprometimento efetivo de cada gestor e profissional do SUS, vinculada à falta de uma decisão política de oferecer cobertura adequada à sua realização, principalmente no nível municipal, vai mantendo esta prática em inaceitáveis níveis de insegurança para as mulheres que optam e para as que não podem escolher o tipo

de assistência que desejam em momentos tão cruciais de suas vidas sexuais e reprodutivas.

Em março de 2000, foi instituído o “Programa: Trabalhando com Parteiras Tradicionais”. Iniciou-se uma parceria entre a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde e o Grupo Curumim – Gestação e Parto, mantendo o propósito de articular as ações com secretarias estaduais e municipais, sensibilizando para que as parteiras sejam reconhecidas como parceiras e desenvolvendo ações para apoiar e qualificar o seu trabalho.

Para apoio ao trabalho educativo, foram produzidos o *Livro da Parteira* e o manual *Trabalhando com Parteiras Tradicionais*. Em versão preliminar, está sendo divulgado o documento – lançado em 1994 – “Diretrizes Básicas para Assistência ao Parto Domiciliar Realizado por Parteiras Tradicionais”, que norteará os gestores e profissionais para a implementação das ações em seus Estados e Municípios.

No entanto, com a proposta de descentralização do sistema de saúde, só o comprometimento dos profissionais e gestores municipais pode garantir a atenção e o apoio que este modelo de assistência exige. É urgente que se estabeleça o reconhecimento político, que se invista na profissionalização e na valorização da parteira tradicional como elo importante entre comunidade e rede de saúde oficial.

Paula Viana é enfermeira e parteira. Desde 1992 é integrante do Grupo Curumim – Gestação e Parto. É membro da coordenação nacional da ReHuNa. Núbia Melo é socióloga e integra o Grupo Curumim, no qual atualmente coordena o projeto Parteiras.

população é pobre e depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde.

O aumento em número e a melhora da distribuição dos leitos podem ser otimizados pelo desenvolvimento de um sistema de referência e contra-referência hierarquizado. Esse sistema deve incluir o atendimento aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetrias ou outras profissionais qualificadas, em hospitais ou casas de parto.

No Estado de São Paulo, há experiências bem-

sucedidas do modelo de centros de parto normal ou casas de parto. Entre elas estão a Casa de Parto de Sapopemba (pioneira), a Casa de Maria (anexa ao Hospital de Itaim Paulista) e o Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra.

Nas regiões do país onde as parteiras tradicionais são atuantes, é importante também promover o reconhecimento profissional e o investimento na qualificação e na valorização dessas mulheres, como elos importantes entre a comunidade e a rede de saúde oficial.

Assistência ao parto e direitos sexuais

“A episiotomia é a operação obstétrica mais frequentemente realizada no Ocidente. É uma das maneiras mais dramáticas e intensas em que o território do corpo das mulheres é invadido, a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Ela representa o poder da obstetrícia: os bebês não podem sair sem que as mulheres sejam cortadas. Ela evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, e é uma forma de ritual de mutilação genital”, escreve Sheila Kitzinger, uma das pioneiras do movimento pela humanização do parto.

Fonte: Boston Women's Health Book Collective, 1998.

A SEXUALIDADE NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

As referências à sexualidade estão presentes na organização da assistência ao parto, de formas sutis ou muito explícitas. Aparecem nos procedimentos técnicos e sua justificativa, como no caso da episiotomia (corte da vulva e vagina) e da cesárea, e na informalidade das piadas e brincadeiras durante os plantões nos hospitais. Incluem desde as falas supostamente amigáveis (“vou costurar a senhora de maneira que fique igual uma mocinha”) até as acusações

e agressões verbais de caráter sexual, principalmente quando a mulher se queixa de dor (“na hora de fazer achou bom, agora cale a boca e agüente”).

Fonte: Diniz, 2002.

Em grande medida, os mecanismos de imposição do silêncio e de contenção das mulheres no parto estão centrados na sua desmoralização por terem atividade sexual. Essa atitude é uma constante em muitos países e em várias formas de assistência à saúde reprodutiva. É utilizada para deslegitimar a fala das mulheres quando elas se queixam de dor ou quando reagem a condutas percebidas como ameaças a sua integridade ou sua segurança.

Os hospitais impõem às mulheres a dolorosa e desnecessária posição deitada, imobilizada e de pernas abertas. Essa situação é percebida por muitas mulheres como uma forma de humilhação sexual e é citada como razão para a escolha da cesárea, que as preservaria dessa exposição degradante.

Fonte: Diniz e d'Oliveira, 1998.

O abuso das episiotomias

Uma vez que os procedimen-

“Na hora de
fazer achou bom,
agora cale
a boca
e agüente”

tos do chamado “parto típico” (isolamento, aceleração, jejum, episiotomia etc.) são aceitos pelo senso comum como adequados, tanto os profissionais que os infligem quanto as mulheres que os sofrem tendem a percebê-los como um mal necessário.

O uso indevido da episiotomia e da posterior costura (episiorrafia) é um exemplo de violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e degradantes. A episiotomia tem sido indicada para facilitar a saída do bebê, prevenir a ruptura do períneo e o suposto afrouxamento vaginal provocado na passagem do feto pelos genitais no parto normal.

Sabe-se que essa indicação não tem base na evidência científica, mas sim na noção – arraigada na cultura sexual e reprodutiva – do “afrouxamento vaginal”, decorrente do “uso” da vagina, seja pelo uso sexual ou reprodutivo. Essa representação da vagina “usada”, “lasseada”, “frouxa” é motivo de intensa desvalorização das mulheres e se apóia tanto na cultura popular quanto na literatura médica produzida por grandes autores brasileiros e internacionais.

Na fala dos profissionais repete-se a crença de que, sem esse corte e essa sutura adicional que aperta a vagina, chamada “ponto do marido”, o parceiro se desinteressaria sexualmente pela mulher ou, no mínimo, por sua vagina. Essa crença é difundida por muitos autores como, por exemplo, Jorge de Rezende – possivelmente, o maior autor de obras sobre obstetrícia no Brasil –, e é, certamente, uma justificativa importante do uso da cesárea: “A passagem do feto pelo anel vulvoperineal será raramente possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas as mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico”.

Fonte: Rezende, 1998.

Se for considerado que, de acordo com evidências científicas, a episiotomia tem indicação de ser usada em cerca de 10% a 15% dos casos e ela é praticada em mais de 90% dos partos hospitalares na América Latina, pode-se entender que anualmente milhões de mulheres têm sua vulva e vagina cortadas e costuradas sem qualquer indicação médica. Um estudo mostrou que o uso rotineiro e desnecessário da episiotomia na América Latina desperdiça cerca de US\$ 134 milhões só com o procedimento, sem contar nenhuma de suas frequentes complicações.

Fonte: Tomasso et al, 2002.

Pode-se calcular o desperdício daquilo que é quantificável, como litros de sangue, dias de incapacidade, prejuízos na amamentação, material cirúrgico ou simplesmente dinheiro público, nesses milhões de episiotomias inúteis realizadas anualmente. Há ainda o imponderável sofrimento físico e emocional da mulher – além da mensagem de que seu corpo é defeituoso e de que ela será sexualmente desprezível se não se submeter a esse ritual, que supostamente lhe devolverá a “condição virginal”.

Vários estudos mostram que a episiotomia provoca dor intensa. Mesmo nos serviços onde as mulheres não têm acesso a anestesia adequada, elas têm que enfrentar esses e outros procedimentos altamente dolorosos. Nessas situações, as mulheres frequentemente gemem e choram de dor, “do primeiro ao último ponto”.

Fonte: Alves e Silva, 2000.

Mesmo sem o conhecimento das chamadas evidências científicas, muitas mulheres sentem-se injustiçadas por essa violência física e emocional. A expressão do horror sentido pelas parturientes deveria alertar os profissionais de saúde a refletir sobre a prática. Um diretor de maternidade conta que: “Quando eu estava fazendo residência, atendi uma pessoa que tinha feito um parto em Angola durante a Guerra

Civil, outro em Paris e estava fazendo o terceiro comigo, no hospital-escola aqui no Brasil, com tudo o que eu achava que era bom: episiotomia, fórceps, tudo. Quando acabou, a paciente falou: ‘Prefiro ser torturada a ter um parto como este que acabei de ter’. [...] Foi o momento em que eu parei para rever que tipo de obstetrícia aprendemos”.

Fonte: Diniz, 2002.

A EPISIOTOMIA DE ROTINA COMO CIRURGIA SEXUAL

Talvez as piadas e o tom jocoso e desrespeitoso que muitas vezes os médicos usam durante a assistência ao parto e diante do sofrimento das mulheres sejam uma forma de os profissionais lidarem com seu próprio sentimento de inadequação, até mesmo com a culpa por causar danos funcionais e estéticos.

Como relata um médico: “Meu Deus, tem colega que faz cada uma, eles aleijam as mulheres! Porque, veja, tem episiotomia que a gente chama de hemibundectomia lateral direita, tamanha é a episiorrafia, entrando pela nádega da paciente, que parece ter três nádegas. Fora aquelas episiotomias que deixam a vulva e a vagina todas tortas, que a gente chama de AVC de vulva, sabe quando a pessoa tem um derrame e fica com a boca e o rosto tortos, assimétricos?”

Fonte: Diniz, 2002.

Esses casos de aleijões genitais vão depois compor a demanda de outro profissional, o cirurgião plástico especializado em corrigir genitais deformados por episiotomias.

O apelo da episiotomia para “devolver a mulher à sua condição virginal”, como proposto por alguns autores na década de 20, teve eco na cultura brasileira. A

imagem que o discurso médico sugere é que, depois da passagem de um “falo” enorme – que seria o bebê – o pênis do parceiro seria proporcionalmente muito pequeno para estimular ou ser estimulado pela vagina. Isso poderia implicar uma autorização ao homem para procurar uma mulher “menos usada” ou demandar como alternativa o coito anal.

Fonte: Ceres, 1981.

A necessidade masculina de um orifício devidamente continente e estimulante para a penetração seria então prevenida ou resolvida pela episiotomia, ou mesmo pela cesárea, preservando-se o estatuto da vagina como órgão receptor do pênis.

Segundo o antropólogo Richard Parker, prevalece no Brasil um “sistema erótico” baseado nas noções de atividade-masculino e passividade-feminino.

Fonte: Parker, 1991.

Essa idéia ratifica a teoria da vagina apertada ou frouxa (passiva, diante do falo que a estimula e é estimulado), em oposição à compreensão de vagina e vulva como órgãos ativos, capazes de se contrair e relaxar, de acordo com a vontade feminina, pois são músculos voluntários.

Fonte: Australian Broadcasting Company, 2002.

Na costura da episiotomia, as mulheres choram de dor, “do primeiro ao último ponto”

Essa concepção mecânica e passiva da vagina é transposta para o parto, dificultando a compreensão, mesmo pelos médicos, de que esse órgão se distende para o parto e depois volta ao tamanho normal. Mais uma vez, não se trata do que é “cientificamente correto”, mas de sua representação.

As feministas defendem o direito das mulheres à escolha informada, inclusive à “cesárea a pe-

dido”. Porém, muitas grávidas escolhem a cesárea com base na crença – sem fundamento científico – de que a cirurgia garante uma vagina “poderosa”.

Do ponto de vista da evidência científica, a musculatura pélvica (tanto da vagina como do controle da bexiga) pode ser preservada e aperfeiçoada por meio de exercícios, independentemente de partos vaginais ou da necessidade de recursos cirúrgicos. Segundo a evidência científica, a episiotomia é associada, não a uma vida sexual enriquecida, mas a uma substituição do tecido muscular e erétil da vulva por fibrose e a um aumento da dor durante a penetração (dispareunia). Resulta também em maior demora na retomada da vida sexual pós-parto, além de freqüentes deformidades vulvares. Isso quando não ocorrem complicações, quando pode haver risco maior de lacerações graves, de infecção e de hemorragia.

Fonte: Childbirth, 2001.

No Brasil, a episiotomia e seu “ponto do marido”, assim como a cesárea e sua “prevenção do parto”, funcionam, no imaginário de profissionais, parturientes e seus parceiros, como promotores de uma vagina “corrigida”. Se as mulheres acham que

vão ficar com problemas sexuais e vagina flácida após um parto vaginal e que a episiotomia é a solução, elas tendem a querer uma episiotomia. Mas, quando as mulheres têm acesso a informação e sabem que é possível ter uma vagina forte por meio de exercícios, elas passam a compreender que a episiotomia de rotina é uma lesão genital que deve ser prevenida e que elas podem recusá-la.

Desde meados da década de 80, há evidência científica sólida indicando a abolição da episiotomia de rotina. Em grande medida, estão disponíveis no país os elementos técnicos, como manuais e normas, para implementar transformações na assistência ao parto. O que falta é avançar na promoção de mudanças institucionais, para fazer justiça a esses avanços. Essas alterações exigem a mobilização das mulheres, profunda mudança na formação dos profissionais de saúde, além de coragem e firmeza dos responsáveis pelas políticas públicas.

A garantia de assistência humanizada ao parto – orientada pelos direitos e baseada na evidência – constitui uma importante estratégia na busca da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres em um momento tão especial de suas vidas.

Referências bibliográficas

- ALVES, Maria Tereza. S. B.; SILVA, Antônio Augusto M. (orgs.). **Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e seu recém-nascido no SUS**. São Luís: UFMA/Unicef, 2000.
- AUSTRALIAN BROADCASTING COMPANY. **Transcript and further information for "Body of Knowledge"**. Disponível em: <<http://www.abc.net.au/quantum/scripts98/9825/clitoris.html>>. Acesso em: 2002.
- BÉHAGUE, Dominique P.; VICTORA, Cesar G.; BARROS, Fernando C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: population-based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. **British Medical Journal**, Inglaterra, v.324, p.942-945, 2002.
- BETTER BIRTHS INITIATIVE, The. Disponível em: <<http://www.liv.ac.uk/lstm/ehcap/bbimainpage.html>>. Acesso em: 2002.
- BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE-BWHBC. **The new our bodies, ourselves**. Nova York: Touchstone Simon and Schuster, 1998.
- BUNCH, Charlotte; RIELLY, Niah; INOJOSA, Claudia (eds.). **Los derechos de las mujeres son derechos humanos: crónicas de una movilización mundial**. México, 2000.
- CECATTI, José Guilherme; PIRES, Helaine Maria Besteti; GOLDEMBERG, Paulete. Cesárea no Brasil: um direito de opção? In: GALVÃO, Loren; DÍAZ, Juan (orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1998.
- CERES, Grupo. **Espelho de Vênus: identidade social e sexual da mulher**. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.
- CHACHAM, Alessandra S. **A medicalização do corpo feminino e a incidência do parto cesáreo em Belo Horizonte**. 1999. 201f. Dissertação (Doutorado em Demografia) - Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.
- CHILDBIRTH. **Episiotomy resources**. Disponível em: <<http://www.childbirth.org/articles/epis.html>>. Acesso em: 2002.
- COCHRANE COLLABORATION: consumer network. Disponível em: <http://www.cochraneconsumer.com/>. Acesso em: 2002.
- COLETIVO FEMINISTA SEXUALIDADE E SAÚDE. **A experiência do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000.
- COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (CLADEM); CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP). **Silencio y culpabilidad: violencia contra la mujer en los servicios públicos de salud en el Perú**. Lima: 1998.
- DINIZ, Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto: um diálogo**. Disponível em: <www.mulheres.org.br/parto>. Acesso em: 2002.
- _____; D'OLIVEIRA, Ana Flávia. Gender violence and reproductive health. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v. 63, suppl. 1, p.533-542, 1998.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia; DINIZ, Simone Grilo; SCHRAIBER, Lilia B. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. **Lancet**, Londres, v.359, n.9318, p.1681-1685, mai. 11, 2002.
- ENKIN, Murray et al. **A guide to effective care in pregnancy and childbirth**. Oxford: Oxford University Press, 2000.
- GIFFIN, Karen. Nosso corpo nos pertence: a dialética do biológico e do social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.150-173, abr./jun.1991.
- HODNETT, Ellen D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v.186, 5 Suppl. Nature, p.160-172, mai. 2002.
- LANGER, Ana; VILLAR, José. Promoting evidence-based practice in maternal care. **British Medical Journal**, Inglaterra, v.324, p. 928-929, 2002.
- MATERNITY WISE. Disponível em: <http://www.maternitywise.org/home.html>. Acesso em: 2002.
- NOTZON, Francis C. et al. Cesarean section delivery in the 1980's: international comparison by indication. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, Saint Louis, v.170, p.495-504, fev. 1994.
- _____. International differences in the use of obstetric interventions. **JAMA**, Chicago, v.263, n.24, p.3286-3291, 1990.
- OLIVEIRA, Maria de Fátima. **Dossiê bioética e as mulheres**. Disponível em <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiebioetica.html>>. Acesso em: 2002.
- OSAWA, Ruth H; MAMEDE, Marli V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v.105, n.1/2, p.3-9, 1995.
- PARKER, Richard G. **Corpos, prazeres e paixões: a cultura sexual no Brasil contemporâneo**. São Paulo: Best Seller, 1991.
- PEL, Maria et al. Provider-associated factors in obstetric interventions. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**, Amsterdam, v.61, p.129-134, 1995.
- POTTER, Joseph E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **British Medical Journal**, Inglaterra, v.323, p.1155-1158, 2001.

- REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO (REHUNA). **Carta de Campinas**, 1993. (mimeo)
- REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- RICH, Adrienne. **On lies, secrets and silence: selected prose 1966-1978**. Nova York: Norton, 1979.
- ROCHA, Maria Isabel Baltar da. **Política demográfica e parlamento: debates e decisões sobre o controle da natalidade**. Campinas: Nepo/Unicamp, 1993. (Textos Nepo, 25)
- ROOKS, Judith P. et al. Outcomes of care in birth centers. **New England Journal of Medicine**, Waltham, v.321, n.26, p.1804-1811, 1989.
- SAKALA, Carol. **Evidence-based maternity care: initiating a dialogue within the public health community**. Disponível em: <<http://apha.confex.com/apha/128am/techprogram/>>. Acesso em: 2002.
- _____. Medically unnecessary cesarean section births: introduction to a symposium. **Social Science and Medicine**, Inglaterra, v.37, n.10, p.1177-1198, 1993.
- SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). **Pesquisa nacional sobre demografia e saúde (1996)**. Rio de Janeiro: Bemfam, 1997.
- TANAKA, Ana Cristina d'A. **Dossiê mortalidade materna**. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiémortmaterna.html>>. Acesso em 2002.
- _____. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- THEMIS – ASSESSORIA JURÍDICA E ESTUDOS DE GÊNERO. **Direitos sexuais e reprodutivos: instrumentos internacionais de proteção**. Porto Alegre: Themis, 1997.
- TOMASSO, Gisella (col.). ¿Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? **Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela**, Caracas, v.62, n.2, p.115-121, 2002.
- TREFFERS, Pieter E.; PEL, Marie. The rising trend for cesarean birth. **British Medical Journal**, Inglaterra. v..307, n.23, p.1017-1018, out. 1993.
- WAGNER, Marsden. Midwife managed care. **Lancet**, Londres, v.348, p.208, jul. 27, 1996.
- WERTZ, Richard; WERTZ, Dorothy C. **Lying-in: a history of childbirth in America**. New Haven: Yale University Press, 1989.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health day: safe motherhood**. Genebra: WHO, 1998.
- _____. **Care in normal birth: a practical guide (Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit)**. Genebra: WHO, 1996.

Páginas na internet

Em português

Imperdível: um *site* de mulheres que não se conformam com a assistência obstétrica no Brasil <http://www.amigasdoparto.com.br>

Cartilha sobre direitos das grávidas da Rede Feminista de Saúde <http://www.redesaude.org.br/html/ct-gravidezsaudavel.html>

Um passeio pela biblioteca virtual em saúde reprodutiva <http://www4.prossiga.br/saude-reprodutiva/>

Um *site* sobre paternidade e masculinidades a partir de uma perspectiva feminista e de gênero <http://www.ufpe.br/papai/>

Uma página não-oficial sobre a ReHuNa <http://www.rehuna.hpg.ig.com.br/800.htm>

Ótima página sobre acompanhantes no parto (doulas) <http://www.doulas.com.br>

Grupo de mulheres que há 20 anos trabalha pela promoção dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres – inclusive na gravidez e no parto – e tem um centro de saúde feminista em São Paulo <http://www.mulheres.org.br>

Um *site* sobre assistência ao parto e direitos humanos <http://www.mulheres.org.br/parto>

Em inglês

Uma obra de arte: *site* de um trabalho da antropóloga Robie Davis-Floyd <http://www.birthpsychology.com/messages/index.html>

Delicioso *site* de uma dama do movimento de humanização do parto, Sheila Kitzinger <http://www.sheilakitinger.com/>
Marsden Wagner não tem um *site*, mas é um escritor inspirado/r, como no *link* abaixo <http://www.midwiferytoday.com/bio/wagner.asp>

Assistência ao parto e evidências científicas

Quer conhecer o melhor da evidência científica sobre o que é seguro e funciona no parto? <http://www.cochrane.org/>

Um *site* sobre evidências da perspectiva das consumidoras <http://www.cochraneconsumer.com/>

Excelente *site* em defesa dos direitos e da escolha informada das mulheres no parto <http://www.maternitywise.org/home.html>

Uma coalizão por serviços de saúde “amigos da mãe” <http://www.motherfriendly.org/>

Associação inglesa pela melhoria da assistência materna; ótima página <http://www.aims.org.uk/>

Uma associação que estuda as repercussões da violência no parto sobre bebês e mães <http://www.birthpsychology.com/>
Para quem quer saber mais sobre as novas interpretações da anatomia feminina e do clitóris <http://www.abc.net.au/quantum/scripts98/9825/clitoris.html>

Um *site* de gente que trata a gravidez e o parto como eventos normais <http://www.childbirth.org/>

E sua seleção de artigos sobre a episiotomia <http://www.childbirth.org/articles/epis.html>

Profissionais na assistência e novas visões

Uma revista ótima sobre parto, parteiras e sua arte <http://www.midwiferytoday.com/magazine/>

Uma confluência entre estética, evidência e assistência ao parto <http://www.birthingthefuture.com/index.asp>

Para quem busca um parto ativo <http://www.activebirthcenter.com/>

Uma visão radical e apaixonada do parto <http://www.birthlove.com/>

Quer saber mais sobre doulas? <http://www.dona.org/>

Em espanhol

Um *site* argentino em defesa do parto respeitoso <http://www.dandoaluz.com.ar/>

Site da Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (Relacahupan) <http://www.relacahupan.org/index.html>

O que é a Rede Feminista de Saúde?

A Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Rede Feminista de Saúde – é uma articulação do movimento de mulheres que está completando onze anos em 2002. Reúne hoje 113 instituições – entre grupos de mulheres, organizações não-governamentais, núcleos de pesquisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos da mulher – além de profissionais de saúde e ativistas feministas, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas da saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos.

É composta por nove Regionais – organizadas nos Estados do Pará, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul e no Distrito Federal – coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretaria Executiva, atualmente com sede em São Paulo, sendo transferida para o Estado de Minas Gerais.

Como segmento da sociedade civil, a Rede Feminista de Saúde tem representações em vários conselhos, comitês e comissões no âmbito do Estado em nível nacional, estadual e municipal. A Rede é membro de entidades da própria sociedade civil nos mesmos níveis.

Na área de comunicação, a Rede Feminista de Saúde publica, semestralmente, uma revista, edita dossiês temáticos e cartilhas, além de veicular dois informativos eletrônicos quinzenais. Mais recentemente, passou a publicar folhetos sobre assuntos específicos – nas datas de luta consagradas pelo movimento de saúde da mulher – e produziu o CD “Saúde e Direitos da Mulher”, que começa a ser veiculado em estações de rádio.

A Rede mantém ainda uma página na internet (www.redesaude.org.br), que disponibiliza suas publicações, dados e informações.

A atuação da Rede Feminista de Saúde fundamenta-se nos seguintes princípios:

- fortalecimento do movimento de mulheres no âmbito local, regional, nacional e internacional em torno da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos;
- reconhecimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos como direitos humanos;
- reconhecimento da violência sexual, racial e doméstica como uma violação aos direitos humanos;
- defesa da implantação e da implementação de ações integrais de saúde da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde;
- descriminalização do aborto, cuja realização é decisão que deve competir à mulher como direito.



CONSELHO DIRETOR

ALBINEIAR PLAZA PINTO/*Regional Goiás*
ALESSANDRA CHACHAM/*Regional Minas Gerais*
CLAUDIA BONAN/*Regional Rio de Janeiro*
GILBERTA SANTOS SOARES/*Regional Paraíba*
RITA AUXILIADORA TEIXEIRA/*Regional Pará*
ROSA DE LOURDES AZEVEDO DOS SANTOS/*Regional São Paulo*
SILVIA MARQUES DANTAS/*Regional Pernambuco*

SECRETARIA EXECUTIVA

MARIA ISABEL BALTAR DA ROCHA – *Secretária Executiva em exercício*
LIÈGE ROCHA – *Secretária Executiva Adjunta em exercício*
FÁTIMA OLIVEIRA – *Secretária Executiva eleita*
NEUSA CARDOSO DE MELO – *Secretária Executiva Adjunta eleita*

COORDENAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

VOLETA ROCHA

EQUIPE ADMINISTRATIVA

EUGENIA LISBOA HOMEM
SUZANA SIQUEIRA
LUCIANA MARTINS

SECRETARIA EXECUTIVA DA REDE FEMINISTA DE SAÚDE

Rua Bartolomeu Zunega, 44
05426-020 – São Paulo/SP – Brasil

A partir de janeiro de 2003, a Secretaria Executiva da Rede Feminista de Saúde estará em novo endereço:

Rua Hermilo Alves, 34 – Santa Teresa
31010-070 – Belo Horizonte/MG – Brasil
redesaude@uol.com.br <http://www.redesaude.org.br>