

O que nós como
profissionais de saúde
podemos fazer para promover os



direitos humanos
das mulheres na
gravidez e no parto

SUMÁRIO

PREFÁCIO	4
POR QUE ESSA CARTILHA?	5
O QUE NÓS COMO PROFISSIONAIS DE SAÚDE PODEMOS FAZER PARA PROMOVER OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NA GRAVIDEZ E NO PARTO	7
1. Explique para a paciente, de uma maneira que ela possa entender, o que você acha que ela tem, o que você pode fazer por ela e como ela pode colaborar. Promova o direito à condição de pessoa, de sujeito da relação	7
2. Conheça e respeite as evidências científicas – Evite procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. Ajude a promover o direito das mulheres à sua integridade corporal e a usufruir dos progressos da ciência	10
3. Apesar de suas condições de trabalho às vezes serem difíceis, trate a paciente como uma pessoa, com o devido respeito. Se você não tiver tempo para ouvi-la, procure trabalhar em parceria com seus colegas no serviço de saúde. Promova o direito à condição de pessoa, a estar livre de tratamento humilhante	14
4. Reconheça e promova o direito das/os pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto. As pesquisas mostram que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência	17
5. Promova o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência	20
6. Informe a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução	24
7. Invista em você mesmo – busque mais satisfação e realização no seu trabalho. Procure atualizar-se e reciclar-se. Você não está só: junte-se a uma rede	28
Recursos eletrônicos	30
Bibliografia	33

Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões
para o Campo da Saúde
Website: www.mulheres.org.br
Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP

Texto dessa cartilha
Carmen Simone G. Diniz

Participantes do projeto
Ana Flávia P. L. d'Oliveira
Ana Fátima M. dos Santos Galati
Andréia Felicíssimo Ferreira
Carmen Simone G. Diniz
Lenira da Silveira Mazoni
Líliá Blima Schraiber
Liz Andréia Lima Mirim
Márcia Thereza Couto
Maria José O. Araújo
Maria Jucinete de Souza
Rosa de Lourdes A. dos Santos

Secretaria
Marta Carvalho
Ricardo Góes

Revisão
João E. Magalhães

Arte
Paulo Batista

Foto da capa
Ildo Vilarinho/Editora Tribo

Essa cartilha é baseada principalmente em dois estudos, “A violência inscrita nas ações de saúde – um estudo exploratório sobre a assistência à maternidade”, apoiado pela Fundação Ford e parte do projeto acima, e “Entre a Técnica e os Direitos Humanos – Limites e Possibilidades das Propostas de Humanização do Parto” (www.mulheres.org.br/parto), apoiado pela FAPESP. A parte sobre direitos das gestantes é inspirada na cartilha *Gravidez Saudável e Parto Seguro São Direitos da Mulher*, da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos.

Todas as falas e personagens citados são reais, porém seus nomes foram trocados para preservar o anonimato.

1ª Edição: 2002
2ª Edição: 2003

Essa publicação foi feita com o apoio da Fundação Ford e do CREMESP

PREFÁCIO

Roberto Gouveia*

Elzimeire, Maria Luíza e Fermina, personagens deste texto, representam a voz de milhares de outras mulheres por nós atendidas nos serviços de saúde, em nosso cotidiano, e nos convidam a uma importante reflexão sobre nossas práticas, nossa formação e nossos valores.

A Lei dos Direitos dos Usuários dos Serviços e das Ações de Saúde, aqui tratada no que diz respeito aos direitos das mulheres na gravidez e no parto, institucionaliza ainda inúmeras outras conquistas dos movimentos sociais, servindo como instrumento promotor de desejáveis mudanças nos serviços de saúde, e na criação de melhores condições para o pleno exercício da Cidadania.

É importante notar que – cada vez mais – usuárias e usuários dos serviços de saúde vêm conquistando o papel de sujeitos, no lugar de simples objetos, coisificados, desprovidos de autonomia, vontades e direitos. Uma nova Sociedade Civil tem conseguido, com muita luta, transformar as velhas noções de “favor” e “caridade” em cidadania e direitos. E nós, profissionais da saúde, temos um papel decisivo nessa transformação.

Sabemos que o exercício pleno destes direitos passa pela informação e pela nossa capacidade de fazê-los valer, pela melhoria das condições de trabalho nos serviços de saúde e nas condições de vida da população usuária. Direitos que juntos, trabalhadores e usuários, estamos aos poucos conquistando.

Este texto é um importante passo nesta direção. Traz informações básicas e obrigatórias, que todos precisamos conhecer – e divulgar. Numa linguagem muito gostosa, é um convite a uma reflexão sobre nossas práticas, cada vez mais necessária. À leitura !

* Médico Sanitarista e Deputado Estadual, é o autor da Lei dos Direitos dos Usuários e do Código de Saúde do Estado de São Paulo, entre outras.

POR QUE ESSA CARTILHA?

Essa cartilha foi escrita para ajudar a nós profissionais de saúde a lidar com a nova realidade da assistência à mulher na gravidez, parto e puerpério. Desde que nos formamos, muita coisa mudou. Não se trata apenas das mudanças dos recursos tecnológicos e sua modernização – que às vezes facilitam e às vezes dificultam a nossa vida e a das mulheres que atendemos. Trata-se de algo mais profundo, uma mudança nas relações entre profissionais e pacientes, uma revisão dos valores que orientam nossa prática.

Hoje em dia, muitos de nossos procedimentos de rotina estão sendo questionados. A evidência científica mostrou que vários deles, como o enema e a tricotomia, não são necessários nem seguros, além de serem desconfortáveis para muitas mulheres. Outros, como o uso de rotina da episiotomia, da aceleração do parto com ocitócitos e a cesárea eletiva, mostraram-se claramente danosos e devem ser *prevenidos*. Agora, temos a realidade de que as mulheres reivindicam o seu direito à integridade corporal e à prevenção de procedimentos agressivos quando esses são evitáveis – ou seja, na grande maioria das vezes. Sabemos que freqüentemente as intervenções levam a mais intervenções e complicações (a chamada cascata de intervenções), e que as pesquisas provam que o parto normal pode e deve ser feito em ambiente mais acolhedor, como o quarto; em casa de parto ou mesmo no domicílio, e que a paciente acompanhada de pessoas de sua confiança tem um parto muito mais rápido, tranquilo e com menos intervenções. E que é um direito das mulheres escolherem quem elas querem que esteja no parto.

Esses são apenas alguns exemplos das mudanças, que são tantas. Mas nós nos perguntamos: e para nós que trabalhamos no serviço público, já enfrentando tantas dificuldades? Como vamos conviver com mais essas exigências – e o que é importante – como podemos ficar satisfeitos, enquanto profissionais, nesse contexto de tanta instabilidade e mudança?

Enquanto profissionais, a satisfação que temos com o nosso trabalho depende de muitos fatores, tais como, a qualidade da assistência que podemos

oferecer, a valorização – inclusive financeira – do nosso trabalho, a satisfação de nossas pacientes, a nossa relação com os colegas de trabalho, entre outros. *Como cada um de nós profissionais de saúde podemos buscar mais satisfação e realização nesse novo cenário?* Quais as novas oportunidades que surgem, tanto no campo público quanto na prática privada? Quais os novos “lugares”, seja você médico/a, enfermeiro/a, psicólogo/a ou outro profissional?

Como concentrar a nossa energia, no pré-natal e no parto, naquelas rotinas que de fato funcionam e que podem ajudar as mulheres e seus bebês? Onde encontrar informação científica atualizada sobre as novas práticas? Como melhorar a informação que passamos para as gestantes, para que elas possam fazer escolhas informadas e melhor cooperar com o cuidado que oferecemos? Como nos organizar para contribuir com as mudanças necessárias para que nós também estejamos satisfeitos com a nossa prática? Como distribuir melhor o trabalho e funcionar como uma equipe de profissionais que se ajuda mutuamente?

Não existem respostas prontas, mas essa cartilha pretende trazer algumas das reflexões e propostas discutidas pelos profissionais, e contribuir para o debate.

O QUE NÓS COMO PROFISSIONAIS DE SAÚDE PODEMOS FAZER PARA PROMOVER OS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES NA GRAVIDEZ E NO PARTO

1. Explique para a paciente, de uma maneira que ela possa entender, o que você acha que ela tem, o que você pode fazer por ela e como ela pode colaborar. Promova o direito à condição de pessoa, de sujeito da relação

Maria Luíza teve seu primeiro filho por cesárea no convênio e agora está fazendo o pré-natal do segundo. Na consulta, o médico pergunta se ela sabe porque foi feita a cesárea e ela responde:

- Não me explicaram direito. Acho que foi um caso de sujeira na área.
- Como assim, sujeira na área?
- Sei lá...Só me lembro que o médico falou pro outro: vamos logo fazer a cesárea para limpar a área.
- Mas não teve alguma coisa, assim como, a bacia era estreita, o neném estava em sofrimento? Não falaram uma coisa assim? O que falaram pra senhora?
- Ah, ele disse assim, “Vamos lá?”. Ai eu fui.
- E a senhora não falou nada, não achou nada estranho?
- Eu ia falar o quê? Ele mandou eu ir eu fui. O senhor acha que uma mulher na hora do parto, com aquela bata que aparece tudo, cega e sem óculos como eu estava, ia fazer o quê? Eu só via aqueles vultos verdes, eles mandando e eu indo.

Na nossa formação, tivemos poucas, às vezes nenhuma, oportunidade de desenvolver nossa capacidade de nos comunicar com os pacientes. Muitas vezes, isso faz com que tenhamos pouca habilidade, preparo e tempo no nosso cotidiano para conversar, explicar nossas hipóteses diagnósticas, por que vamos pedir algum exame, o que esperamos que aquela pessoa faça para promover a própria saúde ou para colaborar com o tratamento que achamos mais adequado. Muitas vezes, não falamos dos efeitos colaterais de medicamento ou do risco de procedimentos diagnósticos, com receio de que isso vá fazer a pessoa imaginar coisas e atrapalhar o processo.

A maioria dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, têm um

tempo muito pequeno de duração da consulta para poder explicar à/ao paciente sobre diagnóstico ou tratamento. *Mesmo nesses casos, a/o paciente continua necessitando e tendo direito à informação.*

Se você não tem tempo para conversar com as pacientes, delegue para outros profissionais que trabalham com você essa atividade educativa, especialmente no pré-natal. Organize-se no seu serviço para trabalhar em equipe de forma integrada, produtiva e solidária. Todos têm a ganhar – você, seus colegas e pacientes.

No caso da assistência ao parto, essa informação é ainda mais importante, pois a grande maioria dos procedimentos que aprendemos que deveriam ser feitos de rotina estão caindo em desuso, pois se mostraram mais danosos que benéficos. Se as próprias pacientes souberem disso, através de atividades educativas no pré-natal, será muito mais fácil mudar essa realidade.

Muitas vezes, estamos tão acostumados a agir de uma certa maneira e de considerar que essa é a única forma de exercer nosso trabalho, que mal nos damos conta quando as pacientes pensam diferente. Esse é o caso de muitos médicos brasileiros, que se convenceram que fazem cesáreas porque as mulheres pedem e querem, quando vários estudos mostram que a maioria das mulheres, mesmo as de classe média, preferiria ter um parto normal.

Muitas vezes os profissionais subestimam os riscos envolvidos (para a mãe e o bebê) nos procedimentos, como a cesárea, a indução ou a aceleração do parto, a episiotomia, entre outros, e não explicam as indicações e contra-indicações das condutas porque acham que as mulheres “não iriam entender” ou iriam ficar assustadas. Essa é uma postura preconceituosa e que nega às mulheres seu direito à informação.

É direito dos/as usuárias dos serviços de saúde:

receber informações claras, objetivas e compreensíveis sobre:

- a) *hipóteses diagnósticas;*
- b) *diagnósticos realizados;*
- c) *exames solicitados;*
- d) *ações terapêuticas;*
- e) *riscos, benefícios e inconveniências das medidas diagnósticas e terapêuticas propostas;*
- f) *duração prevista do tratamento proposto;*
- g) *no caso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos invasivos, a necessidade ou não de anestesia, o tipo de anestesia a ser aplicada, o instrumental a ser utilizado, as partes do corpo afetadas, os efeitos colaterais,*

os riscos e conseqüências indesejáveis e a duração esperada do procedimento;

- h) exames e condutas a que será submetido;*
- i) a finalidade dos materiais coletados para exame;*
- j) alternativas de diagnósticos e terapêuticas existentes, no serviço de atendimento ou em outros serviços; e*
- l) o que mais se julgar necessário.*

Informar às/aos pacientes sobre nossas hipóteses diagnósticas, por que vamos pedir algum exame, o que esperamos que aquela pessoa faça para promover a própria saúde ou para colaborar com o tratamento que achamos mais adequado é uma forma efetiva de promover o direito ao próprio corpo e à autonomia.

2. Conheça e respeite as evidências científicas – Evite procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados. Ajude a promover o direito das mulheres à sua integridade corporal e a usufruir dos progressos da ciência

Laura tem 35 anos e é médica gineco-obstetra. Trabalha em condições diferentes daquelas com as quais sonhou quando estava na Faculdade e na residência. Está lotada em um posto da prefeitura, onde atende umas vinte pacientes por tarde. Além disso, dá plantão em um hospital do Estado. Lá ela faz o que aprendeu: quando a paciente chega, encaminha para a tricotomia e enema, entra com um soro com ocitocina para acelerar o parto e aguarda a evolução para o período expulsivo, quando faz uma episiotomia de rotina e eventualmente um fórceps de alívio.

Ouviu falar em um movimento pela humanização do parto e achou que aquilo era o fim da picada, a coisa mais absurda e sem sentido que já ouvira falar. E essa história das pacientes ficarem andando pelo hospital, e ainda com acompanhantes? Deus me livre de marido bêbado e ignorante na sala de parto, querendo ver a intimidade das outras pacientes e transmitindo infecção. Já não basta a bagunça que já temos?

Como humanização? Que história é essa, por acaso o que faziam era desumano? E que história de humanização é essa, quando as pacientes do hospital público não têm nem acesso à anestesia peridural, por mais que o Ministério fale que tem?

Para nós profissionais de saúde, o termo humanização muitas vezes soa agressivo. Se tudo que aprendemos a fazer é em benefício da paciente, como agora querem dizer que isso é uma violação de direitos? De onde saiu essa maluquice?

Assuntos que anteriormente eram tratados simplesmente como procedimentos normais ou suas complicações, hoje em dia são tratados de forma mais grave. E as mulheres não estão mais dispostas a ficar caladas. Como diz uma liderança do movimento popular de saúde, Fermina Lopes da Silva:

“É uma coisa absurda, as mulheres já vão com tanto medo quando chega a hora de dar à luz que não tem prazer nenhum [...] Nós mulheres, quando chega no hospital, a gente costuma fazer uma comparação muito triste, que a gente se sente como carne no açougue [...] Tiram tudo da gente, a roupa, a sacolinha com as coisas, os óculos, a dentadura quem usa [...] A gente fica só com a alma da gente. Isto é muito triste, é um sofrimento terrível”¹

¹ Apresentação de Fermina Lopes da Silva no Seminário “Vitrines da Humanização” In: DINIZ, C. S. G. O que Funciona e o que é Justo: Notas sobre a Violência na Assistência ao Parto. In: *Textos do Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência*. 1998.

Para nós é um susto saber que a questão da assistência como tema de direitos humanos tem sido mesmo levada a tribunais internacionais como exemplo de violação do direito humano das mulheres à sua dignidade e à sua integridade corporal.

A crítica à assistência não ocorre apenas no Brasil, mas no mundo inteiro. No “Tribunal Internacional de Direitos Reprodutivos como Direitos Humanos”, uma mulher que passou por complicações obstétricas, que anteriormente eram consideradas apenas má-sorte, conta seu caso:

“Durante a lenta recuperação, diante de tanto maltrato [uma sucessão de procedimentos mais ou menos normais, que levaram a complicações: indução do parto, ruptura precoce da bolsa, toques vaginais sucessivos, infecção, fórceps, toco-traumatismo, cesárea, atonia uterina, 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 a elas o mesmo que me aconteceu? Até quando vamos esperar para denunciar, falar, exigir?”²

O Comitê de America Latina e el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) em seu estudo “Silencio y Cumplicidad – Violência Contra la Mujer em los Servicios Públicos de Salud em el Peru”, conta uma realidade infelizmente muito parecida com a nossa:

“Nas narrativas das usuárias, há uma constante menção a maltratos, ofensas, humilhações, indiferença, negligência e ao risco eminente 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 de parturientes e daquelas de quem se suspeita que provocaram um aborto.”³

A definição de má assistência à saúde inclui, atualmente, tanto aquela que é inadequada pela falta de condições adequadas, quanto aquelas pelo uso inadequado da tecnologia, o excesso de intervenção e a intervenção desnecessária com seus potenciais danos à saúde. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma vez que a má qualidade da assistência expõe a

² BUNCH, C; RIELLY, N. INOJOSA, C. (eds.) *Los derechos de las Mujeres son Derechos Humanos – Crónicas de Una Mobilización Mundial*. Mexico, 2000.

³ CLADEM/CRLP. *Silencio y Cumplicidad: Violencia contra la Mujer em los servicios de salud em el Peru*. Lima, 1998.

mulher a agravos e ao risco de morte, a redefinição da mortalidade materna de “desvantagem na saúde” para uma “injustiça social” provê a base legal e política para que os governos sejam obrigados a prover serviços adequados. Para tanto, deveriam ser acionados os instrumentos internacionais de defesa dos direitos humanos das pacientes, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção Pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres, o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, a Convenção dos Direitos da Criança, entre outros (WHO, 1998.3).

Segundo o CLADEM (1998), deve-se dar relevância 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 das Conferências de Cairo (População) e Pequim (Mulher e Desenvolvimento), como orientações interpretativas das normas contidas nos tratados de direitos humanos.

Essa abordagem reforça que aos casos de maus tratos e lesões corporais na assistência ao parto, consideradas violações de direitos, aplicam-se muitos artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, entre eles os conceitos de 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”*. Inclusive, segundo a Convenção contra a Tortura e Outras Penas ou Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, esses conceitos aplicam-se àquelas pessoas que estão colocados em instituições, sejam elas prisões ou serviços de saúde (CLADEM, 1998:51-52).

Hoje em dia, nada justifica a permanência de rotina de procedimentos reconhecidos como dolorosos e potencialmente arriscados, usados sem indicação clínica muito precisa. A manutenção de rotina desses procedimentos cada vez mais é percebida como violação dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres pois, ameaçam sua integridade física, podem ferir sua condição de pessoa, desconsiderando seu direito de estar livre de tratamento degradante, entre outros. A nós profissionais de saúde, cabe a tarefa de “aprender a desaprender”, e redimensionar nosso papel na assistência, com tranquilidade e profissionalismo. Reivindique de sua chefia o treinamento e a reciclagem de que você precisa e merece.

Por essa razão, o Ministério da Saúde (inclusive em parceria com a Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, FEBRASGO), a Organi-

zação Mundial da Saúde, além de grupos da Sociedade Civil como a ReHuNa, têm recomendado o abandono do uso de rotina de muitos procedimentos, tais como:

- A realização de procedimentos “rituais” de limpeza, tais como a lavagem intestinal e a raspagem dos pelos púbicos;
- A imobilização das mulheres no leito, pois a liberdade de movimentos é necessária para o bom desenrolar do parto;
- A colocação de soro (com ou sem ocitocina), “apenas para pegar a veia”, pois isso compromete a mobilidade da mulher;
- A aceleração do parto com ocitocina sem indicações clínicas muito precisas, pois essa conduta costuma transformar as contrações do parto, intensas porém na maioria das vezes suportável, em dores descoordenadas, imprevisíveis e insuportáveis, levando à parturiente a grande aflição;
- O corte da vulva e vagina (episiotomia), pois esse procedimento está associado a lesões genitais no parto, piora da vida sexual, além de não trazer qualquer vantagem para a mulher. Reconhecidamente, a episiotomia deve ser um procedimento a ser prevenido, através da educação para a consciência genital (contração-relaxamento), a ginástica vaginal, o oferecimento de liberdade de posição no período expulsivo, a evitação de mandar a mulher “fazer força”, etc.
- A manobra de Kristeller, em que se imprime força sobre o fundo uterino no período expulsivo, expondo a mulher a grande sofrimento e ao risco de rotura uterina;

Também pela legislação estadual de São Paulo, é direito da/os pacientes:

Ter assegurados durante as consultas, internações, procedimentos diagnósticos e terapêuticos e na satisfação de suas necessidades fisiológicas:

- a) a sua integridade física;*
- b) a privacidade*
- c) a individualidade;*
- d) o respeito aos seus valores éticos e culturais;*
- e) a confidencialidade de toda e qualquer informação pessoal;*
- f) a segurança do procedimento.*

Dessa forma, entendemos que a promoção de uma assistência humanizada, tomando como base a compreensão de humanização que descrevemos, vem a ser uma inestimável contribuição dos profissionais de saúde para a promoção dos direitos das mulheres na assistência ao parto, em especial os direitos a usufruir do progresso da ciência, à integridade corporal e à condição de pessoa.

3. Apesar de suas condições de trabalho às vezes serem difíceis, trate a paciente como uma pessoa, com o devido respeito. Se você não tiver tempo para ouvi-la, procure trabalhar em parceria com seus colegas no serviço de saúde. Promova o direito à condição de pessoa, a estar livre de tratamento humilhante

Elzimeire é empregada doméstica e tem dois filhos do primeiro casamento. O marido era muito agressivo, bebia e às vezes ainda batia nela, até que arranhou outra e largou a família. Elzi foi morar com a mãe. Depois de um tempo sem querer saber de homem, arranhou um namorado numa festa. Ela ainda falou pra ele usar camisinha, ele disse que na hora ia tirar e gozar fora, mas no fim foi sem camisinha mesmo, e nem deu pra tirar fora. Quando a menstruação atrasou, ela viu logo que aquela era mais uma gravidez, agora do terceiro filho. Elzi marcou uma consulta de pré-natal, e – por vários motivos – não desejou aquela gravidez: vergonha da mãe, falta de dinheiro para o transporte, greve do centro de saúde, doença do filho, medo de ter pegado uma doença e até mesmo AIDS, só começou a fazer o pré-natal com seis meses de gravidez. A médica que a atendeu, Dra. Jandira, estava saindo de um plantão daqueles! Já atrasada, cansada e estressada, com 16 pacientes pra atender, nem olhou para a cara dela, mas deu uma bronca:

– “Mãe, como é que você pode ser tão irresponsável? E começa o pré-natal com seis meses? É louca?”

Passou um remédio para o corrimento que ela referiu, pediu os exames e marcou o retorno para dali a dois meses. Ela saiu da consulta chorando, envergonhada. O posto não tinha o remédio, e na farmácia o balconista não entendeu a letra da médica. Com medo de levar outra bronca, nem marcou os exames.

Elzi, chateada, conversa com sua amiga Luciene. Lu tenta animar a amiga:

– “Liga não, Elzi, muita gente fala mal dessa médica, conta que ela é uma grossa, que dá medo só olhar na cara dela, ela não pergunta o que a gente tem, vai logo passando remédio. Podiam colocar outra pessoa, nós somos pobres mas não somos cachorros. Ela trata mal as grávidas, dizendo: “Não tem comprimido para tomar?”⁴

As más condições de trabalho dos profissionais e de vida da população certamente contribuem para tornar essas cenas um fato comum na rotina dos serviços. Falta acesso a métodos contraceptivos, falta informação e os servi-

⁴ SOUZA, E. M. *Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade*. Série textos 7, Cadernos CEFOR – PMSF, São Paulo, 1992.

ços públicos ainda estão muito longe do que seria o ideal. Porém, a forma com que nos relacionamos com os pacientes, em geral, faz uma grande diferença, mesmo na transformação desses serviços.

Nossa formação como profissionais de saúde também não ajuda diante de nossa dificuldade de comunicação com as pacientes: a maioria dos profissionais de saúde não aprenderam nada em sua formação acadêmica sobre como comunicar-se.

Porém nos últimos anos, a questão de como tratamos os pacientes vem sendo reconhecida como uma das questões mais importante no bom resultado da assistência.

Uma coisa é ser firme nas suas recomendações ao paciente – todo paciente espera sentir firmeza do profissional de saúde – outra coisa bem diferente é a grosseria e o desrespeito. Não se engane: um/a paciente tratada/o com gentileza e compreensão tem muito mais chances de seguir a prescrição e demais recomendações dos serviços de saúde – e de melhorar dos seus problemas de saúde – do que aquele que é tratado com grosseria, com indiferença, ou com uma prescrição autoritária e cheia de julgamentos sobre o que é certo e o que é errado.

Muitas vezes, somos tentados a fazer julgamentos e emitir nossas opiniões sobre o comportamento das pacientes, às vezes “prescrevendo” as soluções que consideramos óbvias e o comportamento que julgamos mais adequado, ou ainda reprovando abertamente o que consideramos inadequado. É importante tentar nos colocar no lugar da paciente e evitar fazer comentários valorativos, que muitas vezes podem ser recebidos pelas pacientes como verdadeiras ofensas.

Aprendemos a controlar os pacientes, em especial os pobres, as mulheres, os negros, os mais jovens, as pessoas que estão vivendo com HIV ou AIDS, todos os que estão em posições mais vulneráveis à discriminação, através de palavras e atitudes rudes, que servem para lembrar a essas pessoas que elas nos devem obediência e respeito – e que fiquem no seu lugar, em uma atitude passiva, de pacientes, para a nossa intervenção. Como nos conta um diretor de hospital:

Eu, semi-analfabeto em obstetrícia, achava fantástico aqueles residentes que tinham tudo sob controle, controlavam a mulher totalmente, diziam as coisas do tipo “Na hora de fazer você gostou! Você soube! Não chora! Agora cala a boca e faz força”. Eu achava aquilo o certo. Acho que todo mundo pensava assim.

Se a mudança de atitude é difícil para nós profissionais de saúde, dados os limites de nossa formação, à nossa sobrecarga de trabalho e à precariedade das condições que enfrentamos, é nosso papel tentar mudar essa realidade, através da nossa organização enquanto trabalhadores, do desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar na equipe de saúde, e da busca de ajuda para que possamos melhor contribuir para a assistência às nossas pacientes. Trataremos desses assuntos a seguir.

Mais que uma questão de boas maneiras, a atenção e o respeito ao paciente como pessoa é um direito garantido pela legislação estadual em São Paulo. Na Lei dos direitos dos usuários dos serviços de saúde (lei nº 10241, Artigo 2º de 17/03/99), está escrito:

São direitos dos usuários dos serviços de saúde no Estado de São Paulo:

- I ter um atendimento digno, atencioso e respeitoso;*
- II ser identificado e tratado pelo seu nome ou sobrenome;*
- III não ser identificado ou tratado por:*
 - a) números;*
 - b) códigos; ou*
 - c) de modo genérico, desrespeitoso, ou preconceituoso.*

O direito à condição de pessoa na assistência inclui ser chamada pelo nome e não como “mãe”, “mãezinha”, “dona Maria”, “seu Zé”, ou coisa parecida; o direito a ser consultada quanto aos procedimentos eletivos, prescrições, tratamentos; e ao esclarecimento das dúvidas.

4. Reconheça e promova o direito das/os pacientes ao acompanhante de sua escolha no pré-natal e no parto. As pesquisas mostram que esse é um dos procedimentos mais efetivos para melhorar a qualidade da assistência

Yoko, uma professora de pediatria conta sua experiência:

Eu não queria nem saber desse negócio de família no parto, ainda mais no serviço público. Mas a gente vai mudando. Eu me lembro sempre de um casal de evangélicos, era o primeiro filho dela, tanto ela, com mais de 30 anos, e ele bastante envolvido e auxiliando durante todo o processo. O êxtase, [...] da situação ímpar do nascimento, o êxtase do marido, o êxtase da mulher. Aqui, também, da mesma forma, o banho, o primeiro banho do... o pai fazer a... prestando os primeiros cuidados e se familiarizando com o bebezinho; quando não tem pai, tem mãe, tem avó, tem sogra, sempre tem alguém que pode prestar esse cuidado no caso de não ser possível ser prestado pela mãe. Num outro momento, a mesma situação, a situação que é simbólica, é ímpar, que é o corte do cordão umbilical, que traduz toda uma cumplicidade dessa família.

O acompanhante na assistência à saúde, seja na consulta ambulatorial, seja na internação, é um tema antigo, e muitas vezes ficava a critério dos profissionais e serviços definir em que situações permitir ou mesmo estimular a sua presença. Na rede privada, aquelas pacientes que pagam por esse direito, na maioria das vezes obtêm a permissão para serem acompanhadas por alguém de sua preferência. Mais recentemente, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, os serviços de saúde públicos vieram a aceitar e mesmo a estimular a presença do/a acompanhante, em geral a mãe, durante a internação de crianças e adolescentes.

O que atualmente se discute nesses casos é como oferecer aos/às acompanhantes condições dignas para esse acompanhamento, já que ele é reconhecido como um elemento muito positivo na assistência.

O acompanhamento das parturientes durante o trabalho de parto, enquanto questão para os serviços, surge com mais força a partir dos estudos de Hodnett e Osborn (1989), que mostraram, entre outros achados, que uma mulher dando à luz ao seu primeiro filho em um hospital universitário poderia ser atendida por até 16 pessoas diferentes, e ainda assim ficar sozinha durante a maior parte do tempo. A presença muitas vezes invasiva de estranhos e o isolamento das pessoas queridas durante o trabalho de parto estavam relacionados ao aumento do estresse, interferindo no andamento do parto, prolongando-o e desencadeando o que foi descrito como uma “cascata de intervenções” (OMS, 1996).

Estudos em vários países indicam que a presença de acompanhante no parto tem sido associada a resultados muito positivos, *como a menor solicitação de alívio da dor; menor risco de cesárea ou de partos operatórios, menor risco de Apgar abaixo de 7 nos primeiros 5 minutos; menor avaliação pela mulher do parto como experiência negativa, maior satisfação com o parto, menos trauma perineal, menor risco de desmame precoce e de dificuldades com a maternagem no pós-parto, entre outros*. A revisão sistemática desses estudos, feita pela Iniciativa Cochrane, resultou em recomendação para a incorporação de acompanhantes no parto por parte das instituições de assistência:

Dados os claros benefícios e a ausência de riscos conhecidos associados ao apoio intraparto, todo esforço deve ser feito para assegurar que todas as parturientes recebam suporte, não apenas de seus familiares ou pessoas próximas, mas também de profissionais experientes. O apoio oferecido às mulheres deve incluir a presença contínua (quando desejado pela mãe), o contato manual como massagem e o encorajamento verbal (Enkin e cols., 2000: 254).

Até certo ponto, essas evidências apontam para uma maior economia financeira dos serviços, tanto pelo menor uso de insumos e procedimentos, quanto pela diminuição da carga sobre os profissionais, sobretudo das enfermeiras, principalmente naqueles serviços que estimulam a presença de “acompanhantes de parto”, ou doulas, especialmente treinadas. Em São Paulo alguns hospitais têm essas doulas acompanhando as parturientes que assim o desejem, como é o caso do Hospital Santa Marcelina do Itaim Paulista, e outros facilitam a participação de acompanhantes, como o Hospital Ipiranga⁵.

Desde março de 1999, a lei nº 10.241 assegura que, nos hospitais públicos do Estado de São Paulo, o pai (ou outra pessoa da escolha da mulher) pode estar junto da mulher e acompanhar o nascimento do bebê. Essa lei, infelizmente, não está ainda sendo cumprida pela grande maioria dos hospitais deste Estado, apesar de vir sendo divulgada em vários setores e instâncias da sociedade civil, inclusive como parte do trabalho da ReHuNa (veja abaixo).

A lei faculta aos pacientes:

- *ser acompanhado, se assim o desejar, nas consultas e internações por pessoa por ele indicada;*
- *ter a presença do pai nos exames pré-natais e no momento do parto;”*

A rigor, a lei acima assegura a presença do pai, o que foi “reinterpretado”

⁵ Para uma lista completa desses serviços, ligue para o Serviço de Orientação à Saúde da Mulher, (11) 3034-2321, e para saber mais sobre doulas consulte www.doulas.com.br

pelo movimento social, pois essa lei, que regulamenta os direitos dos pacientes no Estado de São Paulo, inclui o direito de qualquer paciente internado – o que é o caso das parturientes – a terem um acompanhante *de sua escolha*.

Desde muito tempo, o pai ou outro acompanhante tem sido tratado no parto como uma ausência, ou como uma presença incômoda. No “Obstetria” de Rezende, edição de 1998, no capítulo sobre “O parto – Estudo Clínico e Assistência”, que a maioria de nós tem como referência na nossa formação, a menção mais próxima do pai ou outro acompanhante no parto é:

“Os familiares nervosos e as pessoas que, em grande número, vão às Maternidades como acompanhantes, devem ser afastados. (1998:330)”

Esta crítica à separação da parturiente dos seus familiares tem sido feita pelas pessoas que estão repensando a assistência ao recém-nascido, que em geral é “seqüestrado” da família no momento do nascimento. Como descrito por uma diretora de serviço:

“Quando começamos, nós realmente detectamos esse quadro. Veja só como era a separação de pai e filho! Como só podia na hora da visita que ia até às 3 horas, se a criança nascesse depois das 6, ela só ia ter com o pai no dia seguinte. E o que que significava isso? Era a síndrome da janela, do vitrô”

Durante muito tempo nós profissionais de saúde separamos a mulher da família e amigos, a esposa do marido e a mãe do filho, argumentando que isso era para o seu próprio bem. Mas esses argumentos não se sustentam cientificamente, ao contrário, essas separações são comprovadamente prejudiciais e sua manutenção é inaceitável. Nossa tarefa agora é reorganizar nossos serviços de forma a oferecer a melhor assistência e reunir o que separamos, para o bem das mães, crianças, e famílias.

Podemos contribuir para a mudança desse quadro através do respeito ao direito das pessoas em geral e das mulheres em especial, a serem acompanhadas durante o seu cuidado à saúde, principalmente em situações importantes como é o caso do pré-natal e dos partos.

5. Promova o direito ao acesso ao leito e à equidade na assistência

Lúcia estava sentada no banco com as mãos nas cadeiras, o olhar cansado do fim da gravidez e já quase chorando. Edson, o marido, estava indignado e, ao mesmo tempo, se sentindo desamparado – não sabia o que fazer àquela altura. Tinham ido a um hospital. Diagnosticado o trabalho de parto, foram encaminhados a outro, por falta de vagas; este segundo mandou para casa; eles voltam ao primeiro, que de novo não interna e refere ao segundo. Perguntou como ele e sua mulher poderiam assinar um termo de responsabilidade pela saúde de seu filho pois, essa foi a proposta do médico, caso ele insistisse na internação da mulher. Ele não faria isso de jeito nenhum! Ele não era médico, não tinha como cuidar do seu bebê! Disse que era um trabalhador, pagava impostos, agora que precisava utilizar um serviço não encontrava vaga! Um médico diz que sua esposa está com 4 dedos de dilatação, o outro diz que não, que ela está com 2 e a manda para casa! Alguém tinha que se responsabilizar por arrumar vaga para ela. Ele dizia que não sairia mais dali.

O direito ao acesso ao leito obstétrico para todas as parturiente está inscrito na Constituição Brasileira e na legislação do Sistema Único de Saúde, que definem saúde como direito de todos e dever do Estado. Está também inscrito nos instrumentos de direitos humanos, entre os direitos relacionados à vida, à liberdade e à segurança da pessoa; os relacionados ao cuidado com a saúde e aos benefícios do progresso da ciência incluindo o direito à informação e educação em saúde, e os relacionados à equidade e à não-discriminação.

Mas o acesso ao leito no parto é um problema crônico e complexo, em especial na cidade de São Paulo, onde há uma grande distorção na distribuição de leitos entre as regiões. Um dos problemas relacionados ao acesso é que, embora haja de fato uma superlotação periódica dos leitos, muitas vezes esta superlotação pode ser argumentada como recurso para interromper a entrada de pacientes no serviço, como um mecanismo de regulação da carga de trabalho sobre os profissionais, que precisam repousar para depois do plantão saírem para outros empregos.

Muitas vezes, as condições de trabalho fazem com que os profissionais se vejam compelidos a organizar a demanda de pacientes por critérios diferentes das necessidades de saúde das mulheres, pois em certos horários ou dias as condições de trabalho são ainda piores. Dessa forma, mesmo em serviços que contam com residentes, há uma carência de profissionais que os leva a decidir quem é atendido, como e por quem.

Quando chegou ao final do plantão, Lídia comentava para Paula e Eduardo

(residente): “Deixei a porta limpa para vocês, mandei as que estavam ‘no bico do corvo’ para outro hospital e não para casa, para que elas não voltassem.” O residente comentou que aquela era a hora que dava desespero, “porque você vê todo mundo indo embora e você fica sabendo que vai ficar sozinho e tem que se virar com o que aparece”

No caso do Município de São Paulo, conta-se com centrais de vagas que referem a paciente para um outro serviço que disponha de um leito. Esse recurso tem se mostrado útil sobretudo nos casos de pacientes de baixo e médio risco, para as quais há leitos disponíveis, porém continua o grave estrangulamento de vagas nos casos de alto risco. Para garantir o direito das parturientes a um leito, é fundamental fazer funcionar esses mecanismos.

Como descrito por um profissional da área:

É porque falta, de fato, o mecanismo de referência e contra referência e um mecanismo de regionalização, que faça com que a gente crie leitos, de várias formas, lá onde são necessários. A gente começou com essa história de fazer uma sensibilização de pré-natal, uma regionalização de Postos em relação ao Hospital, mas a proposta nem sempre é implantada porque na hora que as mulheres que faziam o pré-natal no posto necessitavam, não tinham vaga no Hospital. Elas chegavam lá e o Hospital estava cheio de mulheres que tinham vindo de outros mil lugares, de não sei onde. É um problema grande.

Para pensar o problema do acesso ao leito para dar à luz no Brasil, é importante lembrar que, em termos desse direito, a sociedade brasileira se divide entre os cerca de 30% da população que tem algum tipo de convênio ou seguro privado – que garante algum arranjo, mais simples ou mais sofisticado, menos ou mais seguro, à assistência médica hospitalar – e as demais pessoas, que dependem do Sistema Único de Saúde.

Entre aquelas que dependem do SUS, ser admitida no serviço quase equivale a resolver o problema em si, pois significa estar incluída em algum sistema formal de assistência. Mais que o tipo ou a qualidade da assistência, o problema muitas vezes parece reduzido a ter alguma assistência, *qualquer* assistência. Em um contexto de tanta exclusão social, o acesso à internação hos-

pitalar para o parto parece funcionar como um “ritual de inclusão”, cuja primeira etapa, aparentemente a mais crucial, é “conseguir entrar” no hospital.

Apesar da hospitalização do parto nas áreas urbanas no Brasil estar perto de 100%, o acesso ao leito pode implicar, antes da internação de fato, na volta para casa ou na referência a outro serviço. No caso de São Paulo, a questão do acesso ao leito tem pelo menos três questões complicadoras. A primeira questão é que há uma considerável variabilidade dos critérios de internamento entre instituições e profissionais. Nem sequer há um consenso clínico sobre o que é o trabalho de parto latente (que aparece em alguns textos como “falso trabalho de parto”) e a fase ativa. Uns serviços (ou profissionais) internam mais precocemente, o que muitas vezes significa a escolha entre mais intervenções, quando da internação precoce; ou mais peregrinação por parte da paciente, quando da internação mais tardia.

A segunda questão é que nem todo leito obstétrico que está *vago* está *disponível*. Aí temos que considerar: a disponibilidade dos respectivos leitos perinatais e os de puerpério; sem a disponibilidade destes, a internação não se efetua. Isso é especialmente importante para as chamadas gestações “de risco”, que dependem de leitos especializados, de UTI neonatal.

A terceira questão é que a *carência* de leitos, real ou suposta, em especial no SUS, parece servir também para justificar distorções na assistência, como a aceleração dos partos de rotina, supostamente para permitir uma maior rotatividade de leitos, desconsiderando e “atropelando” o ritmo fisiológico do parto e exigindo a imposição de uma noção inapropriada de produtividade.

Para as mulheres, essa etapa pode eventualmente incluir vários desafios, como o tratamento recebido dos profissionais; as barreiras institucionais para ser incluída-internada: o reconhecimento pelo serviço do “trabalho de parto verdadeiro” em oposição ao “falso trabalho de parto”; a disponibilidade de leitos; a brevidade da peregrinação, se esta ocorre; e por que não, o direito ao acompanhante, como as mulheres de classe média .

É importante durante o pré-natal informar as pacientes sobre qual o serviço procurar no momento do parto, buscando garantir leitos reservados por área geográfica; providenciar visitas a esses serviços no pré-natal; e orientar sobre os sintomas da fase ativa do parto, para que as parturientes tenham menos dificuldades de identificar o momento ótimo para procurar os serviços.

Esses podem ser recursos fundamentais para promover a ida oportuna da paciente ao serviço, pois a simples carta do médico que faz o encaminhamento para o parto – como não tem garantido o acesso da mulher a nada – tem sido chamada pejorativamente pelos profissionais e pacientes como um “*alvará de vire-se*”. Nós podemos contribuir para mudar essa realidade.

Informar às pacientes e aos seus acompanhantes no pré-natal sobre qual o serviço procurar no momento do parto; providenciar, durante o pré-natal, visitas ao serviço médico que atenderá ao parto; e orientar sobre os sintomas da fase ativa do parto, podem ser recursos muito importante para promover a ida oportuna da parturiente ao serviço. Porém, a oferta adequada do número de leitos, regionalizada e hierarquizada, inclusive de alto risco, seja em hospitais ou em casas de parto, é um recurso indispensável para garantir às pacientes o direito ao leito para dar à luz.

6. Informe a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução⁶

Desde muito tempo atrás as mulheres gestantes têm seus direitos reconhecidos e são tratadas com prioridade e respeito. Na Grécia antiga, as mulheres gestantes eram tratadas com vários privilégios e em Atenas, “a casa da mulher grávida era considerado um asilo inviolável, um santuário sagrado, onde até o criminoso encontrava refúgio seguro”. Em Esparta, a grávida deveria ser poupada de presenciar situações violentas, devendo estar ocupada com o que lhe causasse boa impressão, como a contemplação de esculturas e outras obras de arte. Na Roma do apogeu do Império, as grávidas eram também privilegiadas: à porta da morada da grávida “suspendiam-se grinaldas ou coroas de louro que evitavam qualquer visita incômoda, ficando sua casa interdita aos próprios oficiais de justiça e outros credores”. Além de isentas de impostos, as gestantes tinham prioridade nos locais públicos em relação aos cidadãos mais honrados e não eram obrigadas a afastar-se quando passavam os magistrados, ao contrário do que cabia fazer a todos⁷.

Mesmo hoje em dia, muitas vezes as mulheres não têm os seus direitos respeitados. Esses direitos estão constantemente ameaçados, como no caso da licença-maternidade. Para lutar para garantir os seus direitos, a informação sobre eles é um passo fundamental.

Conheça esses direitos não apenas para poder ajudar as gestantes, mas também para fazê-los valer na sua vida, seja você mulher ou homem.

Direitos da gestante em geral:

Na rua:

- *Em várias cidades, como é o caso de São Paulo, a gestante tem direito a não passar pela catraca do ônibus (embora pague a passagem) e tem direito a assentos reservados para passageiros prioritários (gestantes, pessoas com crianças de colo, idosos e portadores de deficiência) em ônibus e metrô. Fale para a mulher que se ela está gestante e o assento reservado está ocupado por alguém que não tem prioridade para o assento, peça gentilmente para a pessoa se levantar, mostrando a lei, que está escrita logo acima do assento. Muita gente não conhece a lei.*
- *As gestantes, assim como as pessoas com crianças de colo, idosos e portadores de deficiência, têm prioridade de embarque nos ônibus e aviões.*

⁶ Esta sessão, a partir do item *Direitos no trabalho*, é baseada na Cartilha *Gravidez Saudável e Parto Seguro São Direitos da Mulher*, da Redesaúde

⁷ BARBAUT, J. *O Nascimento através dos tempos*. Terramar, Lisboa, 1990, p.115.

- *Em várias instituições públicas e privadas existem guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento a gestantes. Procure informações no próprio estabelecimento.*

Em casa:

- *Alguns estudos sugerem que a gravidez aumenta o risco da mulher ser agredida em casa. Lembre à mulher que ela não deve aceitar agressões físicas ou morais por parte de estranhos, do seu companheiro ou de familiares. Caso isso aconteça, oriente a mulher para que procure um serviço especializado, como a Casa Eliane de Grammont, ou uma delegacia, preferencialmente a delegacia da mulher mais próxima, para prestar queixa.*

Direitos no trabalho

(Garantidos pelas leis trabalhistas – CLT)

- *Sempre que a mulher for às consultas de pré-natal ou fizer algum exame necessário ao acompanhamento de sua gravidez, solicite ao serviço de saúde uma DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO. Apresentando esta declaração à sua chefia a gestante terá sua falta justificada no trabalho.*
- *A gestante tem o direito de mudar de função ou setor no seu trabalho, caso o mesmo possa provocar problemas para a sua saúde ou a do bebê. Para isso, apresente à gerência um atestado médico comprovando que a gestante precisa mudar de função.*
- *Enquanto estiver grávida, e até cinco meses após o parto, a mulher tem estabilidade no emprego e não pode ser demitida, a não ser por “justa causa”, isto é, nos casos previstos pela legislação trabalhista (se cometer algum crime, como roubo ou homicídio, por exemplo).*
- *A mulher tem direito a uma licença-maternidade de 120 dias – recebendo salário integral e benefícios legais – a partir do oitavo mês de gestação.*
- *Até o bebê completar seis meses, a mulher tem direito de ser dispensada do seu trabalho todos os dias, por dois períodos de trinta minutos, para amamentar.*
- *O companheiro da recém-mãe tem direito a uma licença-paternidade de cinco dias, logo após o nascimento do bebê.*

Oriente a gestante para que, se estes direitos não forem respeitados, procure os sindicatos ou associações de sua categoria profissional, para encontrar uma solução.

Se a categoria profissional dela não tiver sindicato ou associação, ela pode buscar ajuda diretamente na Justiça do Trabalho ou no Ministério Público.

Outros Direitos Reprodutivos

- *A ligadura de trompas é uma forma definitiva de evitar uma gravidez e exige uma cirurgia para a sua realização. Ela só deve ser feita se a mulher tiver certeza de que não quer mais engravidar.*
- *O período da gravidez e parto não é o melhor momento para decidir sobre a ligadura de trompas, porque a mulher estará muito envolvida pelas emoções da chegada do bebê.*
- *A nova lei sobre planejamento familiar permite a realização da ligadura em mulheres com mais de 25 anos ou com mais de dois filhos. Mas a ligadura não poderá ser feita logo depois do parto ou da cesárea, a não ser que a mulher tenha algum problema grave de saúde ou tenha feito várias cesarianas.*

Fazer uma cesariana para realizar ligadura de trompas é contra a lei e um risco desnecessário à saúde

- *Antes de decidir pela ligadura de trompas, a mulher tem o direito de ser informada sobre todos os outros métodos para evitar uma gravidez. Pense bem antes de decidir. Ligadura é para sempre!*

Se a mulher decidir ligar as trompas, lembre-se que a ligadura pode ser feita GRATUITAMENTE nos hospitais públicos e conveniados ao SUS.

Não se justifica nenhum tipo de cobrança para a realização da ligadura de trompas. Assim como o planejamento familiar, o pré-natal e o parto, este é um direito que deve estar garantido para todas!

Se a mulher estiver abortando, lembre-se:

- *A mulher tem o direito de ser atendida imediatamente e de maneira respeitosa, sem recriminações ou críticas.*
- *Durante o atendimento, ela deve ser esclarecida sobre todos os tratamentos propostos.*
- *A mulher tem o direito de receber anestesia para tratamento do aborto.*
- *A mulher tem o direito de ser informada sobre onde buscar ajuda nos casos de complicações pós-aborto.*

ATENÇÃO! Caso a gravidez coloque a vida da mulher em risco ou se a mulher foi estuprada e engravidou:

- *Nos casos de estupro, a mulher tem direito a atendimento especial e pode solicitar a interrupção da gravidez, sem precisar de autorização de juiz. É recomendável que ela faça o “Boletim de Ocorrência” na delegacia, logo após ter sofrido o abuso sexual.*
- *Nestes casos, ela deve procurar a unidade ou a Secretaria de Saúde de seu município para que lhe indiquem os hospitais que realizam este tipo de atendimento.*
- *Nos casos de risco de vida para a mulher, a equipe de saúde deverá informá-la de forma simples e clara sobre os riscos e, caso ela concorde, poderá ser solicitada a interrupção da gravidez.*
- *Nestas situações a mulher tem o direito de realizar o aborto gratuitamente, de forma segura e com um atendimento respeitoso e digno.*

O Pai Também Tem Direitos NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- *De participar do pré-natal. Isto pode ser muito importante para a mulher, para ele e para o bebê.*
- *De ter suas dúvidas esclarecidas sobre a gravidez, sobre o relacionamento com a mulher e sobre os cuidados com o bebê. Ele não é apenas o seu acompanhante, mas é também o pai da criança que vai nascer. Participar é fundamental!*
- *De ser informado sobre como a gravidez está evoluindo e sobre qualquer problema que possa aparecer.*
- *Na época do parto, de ser reconhecido como PAI e não como “visita” nos serviços de saúde.*
- *De ter acesso facilitado para acompanhar a mulher e o bebê a qualquer hora do dia.*
- *É importante que o pai vá com a mulher na consulta pós-parto, para receber as informações e orientações sobre contracepção e prevenção de doenças transmitidas em relação sexual e AIDS.*

A participação do pai durante a gravidez, parto e pós-parto é um direito que deve ser exercido. Mas lembre-se que a mulher tem direito a um/a acompanhante da escolha dela, que pode, ou não, ser o pai – é ela quem sabe com quem se sentirá mais segura!

7. Invista em você mesmo – busque mais satisfação e realização no seu trabalho. Procure atualizar-se e reciclar-se. Você não está só: junte-se a uma rede

Cada uma dessas mudanças na nossa prática é algo novo e muitas vezes ficamos intimidados com a distância entre a realidade e como gostaríamos que fosse o nosso trabalho e a nossa realidade. Podemos contribuir para a promoção dos direitos das mulheres na saúde nos juntando àquelas redes que se dedicam a fazer esse trabalho. Conheça abaixo duas dessas redes no Brasil, além de uma ampla gama de recursos eletrônicos.

Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento – ReHuNa

A Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento foi criada em 17 de outubro de 1993. Pretende dirigir-se a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e executores das políticas de saúde para:

- mostrar os riscos à saúde de mães e bebês frente às práticas obstétricas inadequadas e intervencionistas;
- resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico, com profundas e amplas repercussões pessoais;
- revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas face ao 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 a práticas humanizadas de assistência a partos e nascimentos.

Estas e outras de nossas propostas estão perfeitamente sintonizadas nos documentos com as Recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência ao parto normal, de 1985 e 1996.

Secretaria Executiva:

GRUPO CURUMIM

Rua São Félix, 70 52031-060, Campo Grande, Recife (PE)

tel./fax: (81) 427.2023 – e-mail: curumim@elogica.com.br

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Redesaúde

A Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RedeSaúde) é uma articulação do movimento de mulheres do Brasil, que está completando 10 anos de atividades em 2001. Reúne hoje 110 instituições filiadas – entre grupos feministas, organizações não-governamentais, núcleos de pes-

quisa, organizações sindicais/profissionais e conselhos de direitos das mulheres –, além de profissionais de saúde e ativistas feministas, que desenvolvem trabalhos políticos e de pesquisa nas áreas de saúde das mulheres e de direitos reprodutivos.

Fundada em agosto de 1991 – a partir do Seminário Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, promovido em Itapeverica da Serra/SP pelo SOS Corpo – Gênero e Cidadania, de Recife/PE, e Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, de São Paulo/SP –, a RedeSaúde tornou-se um espaço permanente de articulação política, reflexão e troca de conhecimentos entre grupos feministas, ONGs, núcleos de pesquisas e organizações que priorizam a temática da saúde da mulher, propiciando a formulação de novas idéias e incentivando ações conjuntas capazes de impactar as políticas públicas vigentes no país.

A RedeSaúde é integrada por nove Regionais – organizadas nos estados do Pará, Paraíba, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Rio Grande do Sul, e no Distrito Federal – que são coordenadas politicamente por um Conselho Diretor e por uma Secretaria Executiva, esta última atualmente com sede em São Paulo.

Como segmento da sociedade civil, a RedeSaúde tem representações em vários conselhos, comitês e comissões do âmbito do Estado, em nível nacional, estadual e municipal, além de ser membro de entidades da própria sociedade civil nos referidos níveis.

Na área de comunicação, a RedeSaúde publica semestralmente uma revista, edita dossiês temáticos sobre saúde da mulher e veicula quinzenalmente dois informativos eletrônicos. Além disso, a RedeSaúde mantém uma *home page* na Internet que disponibiliza todas essas publicações www.redesaude.org.br, bem como outros dados e informações sobre saúde da mulher. A atuação da RedeSaúde fundamenta-se nos seguintes princípios:

- considera os direitos reprodutivos e sexuais como direitos humanos;
- considera a importância do fortalecimento da implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) como referência para a otimização dos serviços do Sistema Único de Saúde;
- considera a violência sexual e doméstica como uma violação dos direitos humanos;
- considera como questões fundamentais o exercício da saúde, dos direitos sexuais e reprodutivos e do direito de decidir sobre a realização ou não de um aborto.

Secretaria Executiva da RedeSaúde:

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

tel.: (11) 3813.9767/3814.4970 – fax: (11) 3813.8578

e-mail: redesaude@uol.com.br – <http://www.redesaude.org.br>

Trabalhar juntamente com uma rede de profissionais, serviços e entidades da sociedade civil organizada é uma das mais importantes estratégias para romper com o isolamento como profissionais, reforçar a confiança nas possibilidades de mudança da prática e promover os direitos da/os usuárias e profissionais dos serviços de saúde.

Dúvidas? Quer saber mais? Ligue para o Serviço de Orientação à Saúde da Mulher, telefone 3034-2321, de segunda a sexta-feira, de 8h às 12h e 13h às 16h.

Listas de discussão de profissionais e usuárias sobre as mudanças nas práticas de assistência:

amigasdoparto@yahoogrupos.com.br

partonatural@yahoogrupos.com.br

Recursos eletrônicos

Em português

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

*Um site lindo e com **tudo** sobre a arte de amamentar*
<http://www.aleitamento.org.br>

Quer encontrar o movimento de mulheres pela saúde e direitos reprodutivos no Brasil e sua rica contribuição em vários temas?
Visite <http://redesaude.org.br>

Inclusive sua cartilha sobre direitos das grávidas
<http://redesaude.org.br/html/ct-gravidezsaude.html>

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

E quem disse que ter filhos é um assunto só de meninas? Não deixe de visitar
<http://www.ufpe.br/papai>

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

Página ótima 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 coalisão por serviços de saúde “amigos da mãe”

<http://www.motherfriendly.org>

Associação inglesa pela melhoria da assistência materna, ótima

<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? Aguarde: em breve um site brasileiro!

<http://www.dona.org>

Em espanhol

Um site argentino em defesa do parto respeitoso

<http://www.dandoaluz.com.ar>

Site da La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN)

<http://www.relacahupan.org/index.html>

Bibliografia

- BARBAUT, J. *O Nascimento através dos tempos*. Terramar, Lisboa, 1990.
- BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (BWHBC). *The New Ourbodies, Ourselves*. Touchstone Simon and Schuster, Nova York, 1998.
- BUNCH, C; Rielly, N. Inojosa, C. (eds.) *Los derechos de las Mujeres son Derechos Humanos – Crónicas de Uma Mobilización Mundial*. Mexico. 2000.
- CLADEM/CRLP. *Silencio y Cumplicidad: Violencia contra la Mujer em los servicios de salud em el Peru*. Lima, 1998.
- DINIZ, C. S. G. O que Funciona e o que é Justo: Notas sobre a Violência na Assistência ao Parto. In: *Textos do Curso de Capacitação para o Atendimento a Mulheres em Situação de Violência*. São Paulo, 1998.
- ENKIN, M; KIERSE, M.; NIELSON, J. CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E.; HOFMEYER, J. *A guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Oxford University Press, Oxford, 2000.
- HODNET ED, OZBORN, RW. *A randomized trial of the effects of monitrice support during labor: mothers' views two to four weeks postpartum*. Birth. 1989 Dec;16(4):177-83; discussion 183-4.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit. WHO, Genebra, 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Day: Safe Motherhood*. WHO, Genebra, 1998.
- REDESAÚDE. *Gravidez Saudável e Parto Seguro São Direitos da Mulher*. <http://redesaude.org.br/html/ct-gravidezsaudavel.html>
- REZENDE, J. *Obstetrícia*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1998.
- SOUZA, E. M. *Por detrás da violência: um olhar sobre a cidade*. Série textos 7, Cadernos CEFOR – PMSP, São Paulo, 1992.
- THE PANOS INSTITUTE. *Birth Rights – New Approaches to Safe Motherhood*. Londres, 2001, http://www.panos.org.uk/briefing/birth_rights_files/birth_rights.htm



Fundação Ford

Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões
para o Campo da Saúde
Website: www.mulheres.org.br
Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde
Departamento de Medicina Preventiva – Faculdade de Medicina USP