



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Elaine Maia da Silva Beruthe Lourenço

**Memórias sobre o cuidado como um direito em disputa:
encontros e desencontros na efetivação dos direitos das mulheres grávidas**

Rio de Janeiro

2022

Elaine Maia da Silva Beruthe Lourenço

**Memórias sobre o cuidado como um direito em disputa:
encontros e desencontros na efetivação dos direitos das mulheres grávidas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Orientador : Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/ REDE SIRIUS/ CB/C

L892 Lourenço, Elaine Maia da Silva Beruthe
Memórias sobre o cuidado como pm direito em disputa: encontros e desencontros na efetivação dos direitos das mulheres grávidas / Elaine Maia da Silva Beruthe Lourenço. – 2022.
155 f.

Orientador: Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça
Dissertaç (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Saúde da mulher. 2. Cuidados de enfermagem. 3. Serviços de saúde materno- infantil. 3. Humanização da assistência. 4. Gestão em Saúde. 5. Gravidez. 6. Enfermagem obstetrícia. I. Mendonça, André Luis de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 616.6

Bibliotecária: Thais Ferreira Vieira CRB-7/5302

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Elaine Maia da Silva Beruthe Lourenço

**Memórias sobre o cuidado como um direito em disputa:
encontros e desencontros na efetivação dos direitos das mulheres**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 11 de outubro de 2022.

Orientador: Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ronaldo Teodoro dos Santos
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Prof.^a Dra. Maysa Ludovice Gomes
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Catalina Kiss
Unversidade Estácio de Sá

Rio de Janeiro

2022

Dedico esta escrita a todas as meninas e mulheres que diariamente enfrentam o mundo para continuarem existindo e gerarem existências.

Especialmente às meninas e mulheres da Casa Semente, em Jardim Gramacho/Duque de Caxias-RJ. Eu vejo um lindo jardim a partir de vocês!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que desde a gestação me esquadrinha, que tem os olhos sobre mim desde quando eu era informe no útero da minha mãe. “ E quão preciosos me são, ó Deus, os teus pensamentos! Quão grande é a soma deles!” (Salmos 139:17)

Aos meus pais, Sonilda e João, por todo amor e cuidado dedicado desde sempre. Obrigada por caminhar comigo em todos os trajetos que decidi entrar. Vocês fazem parte de tudo! Amo vocês!

A Maurício, meu amor, amigo, companheiro da vida. Que privilégio o meu, te ter ao meu lado nos dias bons e nos mais tensos, obrigada por tanto incentivo, suporte. Suas falas nos momentos de desânimo, cansaço e quase desistência, foram essenciais. Seu silêncio não omissivo, mas cheio de prontidão em cuidar-me nas longas horas de estudo e escrita, me deram o privilégio de dedicar-me com a entrega que a tarefa exigia. Você foi essencial, não seria possível sem você. Te amo.

À Luiza, minha Lulú, com todo meu amor. A menina que me habitou os pensamentos desde a minha infância no sonho da maternidade, que concretamente teve no meu corpo sua primeira morada e habitará para sempre aqui dentro e fora de mim, porque não cabe em mim a mulher que você se torna. Você me inspira, todo dia! Obrigada por cada compreensão e cuidado nas minhas muitas ausências. Obrigada por tanto amor, filha!

À toda minha família em solo carioca, em Araruama, desbravando em Iguaba, sob os ventos de Marataízes e lá em Natal, obrigada por tanto ofertado. Apesar de todo distanciamento imposto no início deste percurso de escrita e os raros encontros presenciais, vocês sempre estiveram próximos. Amo vocês !

A André Mendonça, o amigo, professor, inspirador e desorientador que me deu as mãos quando nem mestrande eu era e não soltou. Ainda me ofereceu Há-abraços para seguir e escrever da forma mais livre possível. Realizar esta caminhada tão difícil, costurando esta colcha tão personalizada só foi possível porque foi com você! Obrigada por radicalizar o Freire que há em você! Obrigada por me acolher com tanta prontidão no momento mais difícil desse mestrado. Por mais Andrés na academia!

À minha turma de mestrado 2020: Dilene, Aline, Taynã, Daiane, Nívea, Renata, Ana, Bianca e suas respectivas mascotinhas, maternadas ao longo de 2 anos e meio de desafios e superações. A vocês, as mulheres defensoras do SUS que enfrentaram desafios gigantes comigo, muito obrigada por tanto acolhimento e figurinhas!

À Bibiana, Bianca, Gabi e Manu, as *desorientandas* mais orientadas pelo afeto e marcas Rubianas, que eu poderia contar na vida. Meninas, o “É nós- as *desorientandas* do Ruben”, foi e seguirá sendo nosso lugar! Obrigada por tanto!

À Nilcéa, amiga e irmã, que desde o preparatório anda junto me preparando ainda para tantos encontros. Nil, muito obrigada por tanto, o Eterno me presenteou com sua amizade!

Ao Quilombo Amefricanidade, o quilombo do Mestre André, lugar de afeto, cuidado imenso e parceria para todos os momentos, obrigada por todo colo desde 2019 quando já éramos quilombo ainda sem nome.

À banca examinadora e acolhedora que diante de tantos desafios destes tempos de pandemia e sobrecarga, me ofereceram olhar e escuta efetiva e afetiva em todo processo. Obrigada por aceitarem fazer parte desta colcha!

Ao Coletivo Negro Makota Valdina, obrigada pelo preparatório e mãos dadas para que esta caminhada se efetivasse!

Aos companheiros de Carmela, em especial a Marcelo, Tania, Patricia, Luiza, Ísis, Carol e Sílvia. Obrigada por tanto suporte, incentivo e ouvidos emprestados aos meus choros, encantamentos e conversas sem fim que muito basearam esta escrita e dizem tanto sobre nosso compromisso diário em concretizar o SUS! Seguimos juntos!

À Kátia Nascimento, estes retalhos inteiros se costuraram também pelo suporte que me ofertou neste percurso. Você é parte importante da construção desta colcha! Obrigada pela escuta atenta e não tensa!

Às tantas Enfermeiras que me imprimiram modos responsáveis, competentes e afetuosos de cuidar e gerir ao longo destes anos! Especialmente Iraci França, chefe-*forever*!

Aos muitos amigos que compreenderam minha distância e ausência para esta tarefa se concretizar. Prometi um café com bolo e abraço apertado a vocês e darei! Vocês me sustentaram em dias tão difíceis!

Aos professores e corpo administrativo do IMS que fazem parte desta construção.

De toda minha RAS- Rede de Amor e Suporte, aqui relatada, agradeço especialmente a Ruben Mattos, meu primeiro orientador neste percurso. Esta escrita é fruto das sementes adubadas no breve convívio com você. Os muitos textos, áudios, mensagens, aulas gravadas, sua voz e sua vida, ainda tão viva aqui, me incentiva e inspira a lutar pelo SUS como você tanto fez. Obrigada por tanta generosidade e aprendizado em tão pouco tempo!

Tenho a audácia de acreditar que pessoas de toda parte possam ter três refeições por dia para seus corpos, educação e cultura para suas mentes e dignidade, igualdade e liberdade para seus espíritos. Creio que aquilo que homens egocêntricos derrubaram, homens altruístas possam reconstruir.

Martin Luther King

RESUMO

LOURENÇO, Elaine Maia da Silva Beruthe. **Memórias sobre o cuidado como um direito em disputa: encontros e desencontros na efetivação dos direitos das mulheres grávidas.**2022. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

A escrita falada que se apresenta nesta dissertação é um convite à coalizões efetivas para melhorias no cenário brasileiro da atenção à gestação, parto, nascimento e puerpério a partir da efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A partir de um mergulho na forma que esta escrita se constrói, o fio da meada da construção do objeto deste estudo, os caminhos que a estruturam a partir da experiência vivida e seu conceito como Bondía(2002) aborda, apresento os encontros e desencontros na efetivação dos direitos das mulheres através das experiências cotidianas da prática profissional, costuradas aos significados, desafios e memórias despertadas na interação com mulheres, meninas e a pauta dos direitos. Através de bell hooks reflito sobre modos de experiência na formação que afeta e é afetada para melhor cuidar. A partir de marcos políticos e avanços da políticas públicas do SUS, de atenção ao parto e nascimento, descrevo memórias de vinte e dois anos de prática profissional como enfermeira. Com os dados do inquérito Nascer no Brasil, que revela o cenário obstétrico brasileiro do início do século XXI, trago reflexões sobre umas das maiores pautas a ser enfrentada para a real humanização do parto e nascimento e de todas as práticas de saúde em mulheres: a violência obstétrica. Os direitos sexuais e reprodutivos e sua construção, abrem a conversa em que convido à mesa desta escrita para compor coletivamente, autores para emprestem-me suas falas-escritas na reflexão interseccional acerca das maternidades de mulheres negras e seus direitos violados historicamente. Considerando que a Rede Cegonha e seu componente Acolhimento podem ser potentes na redução das iniquidades na saúde das gestantes e recém-nascidos, é preciso revisar práticas do cotidiano profissional nos serviços de saúde. Nesse sentido, novos conteúdos para além de protocolares, dependem também de um aprendizado e reflexão sobre direitos e violações desses, para toda rede multiprofissional de cuidado em saúde. Aprendizados a partir de vivências, somados ao conhecimento técnico, são importantes norteadores de políticas dimensionadas para o cuidado humanizado, individualizado e respeitoso.

Palavras-chave: SUS. Gestão. Obstetrícia. Maternidade. Interseccionalidade.

ABSTRACT

LOURENÇO, Elaine Maia da Silva Beruthe. **Memories about care as a right in dispute: encounters and disagreements in the realization of the rights of pregnant women.** 2022. 155f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The spoken writing that is presented in this dissertation is an invitation to effective coalitions for improvements in the Brazilian scenario of attention to pregnancy, childbirth, birth and puerperium from the realization of women's sexual and reproductive rights. From a dive into the way this writing is built, the thread of the construction of the object of this study, the paths that structure it from the lived experience and its concept as Bondía (2002) approaches, I present the encounters and disagreements in the realization of women's rights through the daily experiences of professional practice, sewn to the meanings, challenges and memories awakened in the interaction with women, girls and the rights agenda. Through bell hooks I reflect on ways of experience in training that affect and are affected to better care. Based on political landmarks and advances in SUS public policies, in terms of care during labor and birth, I describe memories of twenty-two years of professional practice as a nurse. With the data from the Birth in Brazil survey, which reveals the Brazilian obstetric scenario at the beginning of the 21st century, I bring reflections on one of the greatest guidelines to be faced for the real humanization of childbirth and birth and all health practices in women: the obstetric violence. Sexual and reproductive rights and their construction open the conversation in which I invite to the table of this writing to collectively compose, authors to lend me their written-speech in the intersectional reflection about the maternity of black women and their historically violated rights. Considering that the Stork Network and its Shelter component can be powerful in reducing inequities in the health of pregnant women and newborns, it is necessary to review daily professional practices in health services. In this sense, new content, in addition to protocol, also depends on learning and reflection on rights and violations of these, for the entire multiprofessional network of health care. Learning from experiences, added to technical knowledge, are important guidelines for policies designed for humanized, individualized and respectful care.

Keywords: SUS. Management. Obstetrics. Maternity. Intersectionality.

SUMÁRIO

	PRÓLOGO, PRÓDROMO	12
	INTRODUÇÃO.....	17
1	1 RETALHOS A MÃO, GARRAFAS AO MAR.....	24
1.1	No princípio era o verbo escrever.....	24
1.2	Do desassossego academicista ao parto do “objeto”: Vai ser sobre grávida, sim !	26
1.3	O Método dos Retalhos Inteiros	30
1.4	Escrita gerada na experiência, na oralidade e no não dito dos encontros...	33
1.5	De onde e por onde os encontros e <i>desencontros</i> se dão e os direitos acontecem ousuprimem.....	37
1.6	Formação e <i>de</i>formações nos cenários consolidados da assistência em Saúde	42
2	SE O PARTO É HUMANIZADO, POR QUE AS MULHERES AINDA SENTEMMEDO?	49
2.1	A Falsa Escolha de Sofia: Não Seria a Biologia/Saúde uma Ciência Humana?	49
2.2	Uma Feliz Confluência de Sonhos: o Nascimento da PHPN e da minha Trajetória naSaúde	51
2.3	Pérolas aos Porcos, Tudo Bem! Às Mulheres Ainda Mais!.....	55
2.4	Da humanização verticalizada à política das relações horizontalizadas.....	60
2.5	Quem Nos Guia para Tornar Ação o Verbo Humanizar?	62
2.6	A Arte dos Encontros e Reencontros em Meio aos Desencontros	66
2.7	Uma Rápida Pausa para o Pouso nos Dados	71
2.8	Paternidade (In)Segura: ‘Pai Não é Visita’	74
2.9	Não “Aprendi” Naturalizar os Desencontros e as Violências: Racismo, Machismo ePoder na Saúde.....	75
2.10	A Tecnologia pode mediar e humanizar	80
2.11	Precisamos falar de violência obstétrica	81
3	DIREITOS, COR , CEP E DESTINOS NÃO TRAÇADOS NA MATERNIDADE.....	94
3.1	Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos, Onde Estão?	95

3.2	Do Planejamento familiar ao Direito Reprodutivo: o protagonismo das mulheres negras por novas políticas	99
3.3	Maternidades Pretarizadas, onde se gera e é gerada na violação dos direitos	106
3.4	Acolher em rede para não encolher o cuidado.....	119
3.5	Cegonha: rede integrada ou pontos isolados	125
3.6	Desencontros escolhidos, impostos protocolarmente e os encontros das contingênciasna pandemia COVID19.....	128
4	BUSCA DAS BRECHAS- IDEIAS PARA NÃO ENCERRAR A CONVERSA	139
	REFERÊNCIAS	147

PRÓLOGO, PRÓDROMO

Há um menino, há um moleque
 Morando sempre no meu coração
 Toda vez que o adulto balança ele vem pra me dar a mão
 E me fala de coisas bonitas
 Que eu acredito que nunca deixarão de existir
 Amizade, palavra, respeito, caráter,
 bondade, alegria e amor
 Pois não posso ,não devo
 Não quero viver como toda essa gente
 insiste em viver Não posso aceitar sossegado
 Qualquer sacanagem ser coisa normal

Milton Nascimento, 1988

Dissertar: “expor algum assunto de modo sistemático, abrangente e profundo, oralmente ou por escrito; discorrer, disreartear” (*Oxford Languages, 2021*) apresentou-se para mim como uma tarefa muito mais árdua do que eu poderia dimensionar quando em 2019, depois de meses de buscas sobre cursos de pós graduação e suas linhas de pesquisas, decidi por me aproximar do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro (IMS) - UERJ.

Tal aproximação se dá após uma conversa rápida, permeada de afeto e alegria em reencontrar Maria do Carmo Leal, a querida e inspiradora Duca, em evento relacionado ao Dia Nacional de Luta pela Redução da Mortalidade Materna. Conversa também afetada pela pauta tão mobilizadora, indagações e indignações de longa data, que seguem me afetando ao acessar dados e fatos lamentáveis e evitáveis a respeito da qualidade da assistência obstétrica brasileira.

Naquela manhã de encontros tão significativos com diversos representantes da Câmara Legislativa, profissionais de saúde e sociedade civil para a continuidade da agenda de compromissos pela qualidade de assistência perinatal no Estado do Rio de Janeiro também foi o início do encontro com o Coletivo Negro Makota Valdina de alunos do IMS que naquele mês- Junho de 2019, estava iniciando um preparatório para alunos negros como suporte ao processo seletivo de mestrado e doutorado do IMS para 2020. Encontro que gerou tantos encontros que ainda me ajudam a me encontrar na academia e reencontrar raízes.

Ao citar o significado da palavra dissertação, as palavras: abrangente, profundo, oralmente e escrito, me trazem à memória o início da trajetória que hoje compartilho. As experiências vividas, as pessoas na caminhada, a motivação em seguir, fatos que me movem em tantos espaços e dão muito sentido para seguir atuando em diversas frentes e retaguardas pela garantia do direito a um cuidado em saúde, seguro e respeitoso às mulheres.

Falo de encontros, sim os encontros constituídos da oralidade de vozes que transmitem convicção do papel profissional e formador comprometido com cuidado em saúde respeitoso e seguro, vivenciados em momentos leves e duros de construção, reconstrução, reflexão, partilha de saberes, luta, manifestos, confraternização, recomeços e na efetivação de políticas públicas de saúde materno infantil. Encontros profundos, vividos ao longo de aproximadamente duas décadas me trazem ao mestrado no IMS, a partir deles que minhas inquietações surgem, se intensificam, se amenizam, mas sempre dos encontros saio convidada a visitar conceitos, convicções, intuições e intenções, seja para solidificá-los ou reconsiderá-los sob novos argumentos e proposições, enfim, movimentar-me diante da riqueza que encontros oportunizam. Neles transito como aprendiz, mas também como quem compartilha aprendizados, vivências, sonhos e utopias que depois de vinte e cinco anos inserida no contexto das enfermeiras, mulheres, meninas, mães, filhas, tias e comadres, me moldam e influenciam-me na forma de viver, sobreviver e conviver no mundo.

Nos meus melhores planos não havia a possibilidade de ser uma trajetória leve, dada a exigência de tempo, dedicação e concentração que o mestrado impõe. Mas em nenhum momento dos ‘piores’ planos imaginaria vivenciar os tensos trinta meses que se tornaram os iniciais vinte e quatro meses de mestrado, durante uma pandemia. Vamos combinar? Ninguém imaginava algo como o que vivemos desde 2020. Desencontro concreto da expectativa e da realidade.

Assumo que as expectativas, tão desencorajadas pelo Ruben (que preferia a palavra desejos), já estavam lá em cima ao iniciar o curso, elas eram inevitáveis, ele inclusive era e ainda é um grande criador de expectativas reais de um SUS integral e modos de vida fraterno e justo! O convívio como aluna ouvinte em 2019 em duas disciplinas que escolhi pelos temas e também horários que eram possíveis de conciliar com as tarefas na maternidade, foram os dois primeiros encontros no IMS que me fizeram chegar à conclusão do mestrado. Nelas encontrei as pessoas que me receberam lá e seguiram de mãos dadas comigo até aqui, Ruben Mattos e André Mendonça.

Eles eram os professores respectivamente de Histórias e Verdades- a pesquisa histórica como produtora de narrativas e Enegrecer a Saúde Coletiva e protagonizam juntos para mim os artesãos que ofereceram as primeiras linhas que costuram as memórias e perspectivas que formam esta colcha de retalhos inteiros. Eles mantiveram a agenda do encontro da concretização da obrigatoriedade da escrita com o prazer da escrita em meio ao desencontro instalado pela pandemia e tantas outras contingências. E que contingências.

Em 9 de março de 2020 iniciaram-se as aulas e foi dada a largada para os dois anos que me desafiaram imensamente, não pelo ambiente acadêmico, pois as aulas, o convívio com alunos e professores, a movimentação do campus e tudo que ela provoca, me fascinam. Era o produto exigido para conclusão do curso o maior desafio que estava posto, pois a escrita acadêmica era um dos grandes motivos que me afastaram da academia.

Durou muito pouco a ilusão de que construir uma dissertação seria o maior desafio. Em 11 de março o anúncio da Organização Mundial da Saúde reconhecendo a Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional como pandemia, mudou tudo. Permanecer viva, cuidando e sendo cuidada para seguir como mestranda tornou-se o maior desafio.

Aquilombar-se como aprendido e vivido em Enegrecer a Saúde Coletiva, estar à mesa pequena e acolhedora do Ruben, como em Histórias e Verdades, ter o convívio do café e da sala dos alunos, não seria mais possível. Até as emoções da fila do elevador e da subida das rampas foram tiradas. A UERJ fechou. A expectativa para o biênio 2020-22 de mesa com gente boa, presença com abraço, choro e risos encarnados, café com bolo e afeto para aliviar as muitas conversas sobre as tensas relações interprofissionais no cenário da gestação, parto, puerpério e suas possíveis repercussões no cuidado às mulheres, foram frustradas.

A realidade pandêmica impôs- virtualidade, distanciamento, isolamento, medo, esgotamento, altíssima produtividade física e mental na práxis do serviço na maternidade, senso de urgência em viver misturado ao senso de responsabilidade coletiva de produzir reflexões para um SUS mais efetivo. Mas apesar da perda de desejo e relevância de produção intelectual no mestrado, frente às tantas outras contingências trágicas como a perda de familiar por COVID bem no início da pandemia, as imposições também me convidaram a contribuir registrando indignações, propondo transformações nas formações e resistências às deformações produzidas na ferocidade da lógica individualista na oferta de cuidado em saúde, principalmente nas que vivencio cotidianamente na minha prática como enfermeira e gestora em maternidade pública.

Esta escrita com letras digitadas deu-se inicialmente no abismo entre desejo, possibilidade e produção idealizada. Digo isso porque as reflexões aqui relatadas andam em mim há muitos anos e já preenchiam linhas de manuscritos resultantes de muitos encontros e desencontros.

De todas as contingências a mais dura e que aprofundou absurdamente o abismo foi o falecimento do Ruben. Não foi perda, foi ausência física, hoje eu sei. Mas nos primeiros meses a sensação foi de deriva naquele rio que ele tanto me estimulou a atravessar. Ele que durante 10 meses de pandemia mais me ensinou sobre contingências e as brechas para aprendizados e crescimento que elas nos dão, incentivando-me a prosseguir no mestrado em

meio ao caos da sobrecarga, cansaço acumulado além de memória e concentração afetadas pela infecção do vírus, não estava mais aqui. Prosseguir era necessário e assim se fez apesar da nova suspensão do quase ideal versus o real concreto. Mais um desencontro inimaginável.

Prossegui a partir do reencontro com André Mendonça, no aquilombamento de afetos e todo acolhimento humanizado e humanizador na dor, necessários para chegar até aqui. Encontrei a pedagogia libertadora de Freire que encoraja, potencializa e reduz o pavor da escrita.

Há muita temporalidade nestas linhas e nas que vem a seguir, por tratar-se de memórias recentes e passadas, minhas e emprestadas de gente próxima e gente que tenho como próxima dado o quanto o conteúdo de suas escritas e vivências que me afetam.

Enquanto escrevo este texto, fora do meu espaço de estudo há lutas históricas sendo travadas, como a manutenção da democracia brasileira, a corrida para colocar comida na mesa de milhões de brasileiros e o enfrentamento da escalada das violências contra as mulheres, indígenas, quilombolas e toda comunidade LGBTQIA+. Dentro deste estudo também há lutas travadas que dialogam com as lutas que estão acontecendo fora do corpo dessa escrita. Especialmente a luta que está sendo travada no campo da minha atuação cotidiana no cuidado em saúde às mulheres, por respeito, manutenção e efetivação dos direitos das mulheres no momento singular do parto.

Ao abrir esta dissertação emprestando-me dos versos de Milton Nascimento, anuncio queas reflexões aqui trazidas mesmo nas que chegam a partir de desencontros, intento fazê-las com a insistência, perseverança e por vezes teimosia, de humanizar-se, manter se humanizada e seguir humanizando no cotidiano da vida, por meio de “amizade, palavras, respeito, caráter, bondade, alegria e amor”. Chega ser utópico, ingenuidade de criança em meio às durezas nas relações interprofissionais que se naturalizaram nos últimos anos no cenário obstétrico que atuo. E que inevitavelmente refletem nas relações com as gestantes e puérperas.

Aliar as posturas de sensibilidade lembradas pelo moleque que habita o coração de Milton aos protocolos clínicos assistenciais, fluxos e rotinas recomendadas internacionalmente avaliadas como boas práticas com observância da nossa regionalidade e particularidades do cenário obstétrico é o cerne dos referenciais teóricos que converso e apresento nesta escrita. Pensando que nascer é um momento comum a todos nós, um dia nascemos, mas vale saber - onde, como, e com quem nascemos? Podem ser respostas de uma busca simples de informação, pode ser de um melhor ressignificado deste momento, mas infelizmente, as respostas destas perguntas podem apontar para algumas pessoas os desencontros da expectativa, do desejo, da segurança, do respeito daquilo que realmente se

apresentou como real cenário do nascimento.

Para a maioria das pessoas que acessam essas informações dos últimos setenta anos no cenário brasileiro, o que lhes é contado é atravessado pelo processo histórico de medicalização do parto e mudanças mais intensas de paradigmas sobre o nascimento, que apontam diretamente sobre as condições de melhorias que vivenciamos na segurança dos procedimentos e nas possibilidades de salvar mães e bebês e ao mesmo tempo o quanto as mesmas mudanças do local de parto, maneiras de condução e de novos aparatos para maior informação se relacionam também com os índices aumentado de violência obstétrica, desrespeitos, insatisfação da experiência do parto pelas mulheres, até de morbidade e mortalidade materna.

INTRODUÇÃO

Até o final do século XIX os processos de gestar, parir e resguardo(puerpério) no Brasil, davam-se no ambiente domiciliar amparado por parteiras leigas ou diplomadas e pessoas que acumulavam esta experiência como as mulheres mais velhas. O universo brasileiro, caseiro e feminino do parto ocorre paralelo à reorganização das formações médicas na Europa, que baseadas na experiência clínica, cria as especialidades, que aprofunda o conhecimento científico sobre o corpo e suas funções, abandona as especulações e evolui para a era das “verdades acessíveis ao olhar atento do médico e do cientista” que para se desenvolverem precisam ter o corpo como objeto de domínio para estudo. E o corpo feminino vivo e grávido que já vinha sendo foco de estudo desde o século XVIII, antes dissecado pós morte, no século XIX ganha os olhares masculinos junto o controle científico e o afastamento das mulheres deste momento como cuidadoras, lentamente são desacreditadas deste saber e agir (MARTINS, 2005, p. 652; TEIXEIRA et al., 2018, p. 127).

A função da mulher nas famílias foi central na formação do especialista obstetra em meados do século XIX pois com a implantação do conjunto de medidas higiênicas diante das endemias e pandemias desde o século XVIII como respostas aos problemas de saúde pública e para preservação da população e conseqüentemente da força de trabalho como fonte de riqueza e poder para o Estado, inicialmente na Europa e aos poucos se difundindo aos novos Estados, a figura do médico passou a entrar no meio familiar e junto às medidas de cuidado à infância acessou os problemas da gestação, parto, puerpério e queixas específicas femininas. Conforme as orientações do profissional designado institucionalmente como política de Estado de cuidado iam sendo seguidas, se difundiam as novas normas. A criação de maternidades ocorre na Europa na segunda metade do século XIX e a primeira cadeira de formação de médicos obstetras no Brasil se dá em 1832, com a criação da faculdade de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro (MARTINS, 2005, p. 652-653).

Martins (2005, p. 654) descreve alguns obstáculos enfrentados pela escola de obstetrícia masculina para o avanço da especialidade, como: impedimentos das parteiras(que ainda tinham a influência e proximidade às mulheres), a resistência das parturientes em serem vistas por homens, as dificuldades de estrutura ‘adequada’ para o ensino da prática obstétrica. Em 2022 escuto os mesmos obstáculos que só diferenciam por hoje esta especialidade não ser exclusivamente masculina. Os mesmos obstáculos são descritos por Martins (2004, p. 150) sobre a expansão da clínica obstétrica no Brasil. Diante dos empecilhos, estratégias como publicações da importância de médico hábil no cenário do parto por Velpeau-1830, a defesa

da formação de médicas para driblar os pudores sobre a exposição do corpo tanto para mulheres quanto para os médicos e a exploração do corpo feminino (localizado na pelve e órgãos reprodutivos) com exames mais invasivos e uso instrumentos de diagnósticos que foram inventados junto com a adequação dos ambientes de prática, ampliando o olhar, escutar e sentir da pelve e do feto.

Martins (2005, p. 663) traz que no cenário europeu “o obstetra do final do século XIX reunia a mesma imagem o cientista, o homem culto e de princípios e o protetor da mulher”, e isso legitimou a norma obstétrica do parir no hospital ser mais seguro pois o ‘protetor’ estava lá. E de fato a segurança na assistência aos partos que complicaram se evidencia nesta época, fortalecendo a hospitalização como protetiva.

No Brasil as mudanças no cenário do parto e nas suas práticas se dão no final do século XIX e início do século XX, com a ida dos médicos aos domicílios das mulheres da elite e das áreas urbanas com elevado padrão para atenderem os partos, desde o incentivo da prática pelos médicos parteiros com a faculdade de medicina no Rio de Janeiro. Mas a hospitalização já se apresenta como possibilidade ‘segura’ para o parto com a disponibilidade de enfermeiras das Santas Casas para ensino clínico de alunos sobre a gestação e reforço das vantagens e segurança da hospitalização a partir de uma campanha liderada pelos próprios (MARTINS, 2004, p. 151,178; TEIXEIRA et al., 2018, p. 127).

Martins (2004, p. 191) pontua uma abordagem no início do século XX de preocupação com aspectos da gestação que recomendava dietas especiais, repouso e consultas pagas, recomendações pouco aderidas visto a maioria pobre das mulheres à época, e ainda cita a visão menos intervencionista no parto defendida por Fernando Magalhães em 1916, marca das duas primeiras escolas brasileiras, que estimulava a observação atenta e intervenção instrumental somente em casos de grande complicação, “[...] o obstetra devia abandonar o uso da força em favor do sentimento humanitário, resgatando as origens da obstetrícia, como um ofício manual e de exercício da paciência e da sabedoria” (p. 194). Esta visão do médico explica a tolerância com a presença das parteiras, desde que se limitassem a oferecer consolo e apoio às parturientes e não atender o parto propriamente (MARTINS, 2004, p. 194).

Com a ampliação de hospitais e clínicas após 1930, através do sistema de saúde previdenciária principalmente aliado aos espaços filantrópicos, o número de partos hospitalares cresceu muito e junto as cesarianas. A evolução das práticas anestésicas, técnicas cirúrgicas e uso de antibióticos, favoreceu o parto cirúrgico, mas Teixeira ressalta que em meados do século XX a assistência ao parto por parteiras nos domicílios ainda era muito comum, principalmente nas áreas não urbanas e para mulheres pobres no Rio de Janeiro. Tal fato era associado pelos

médicos à ignorância da população sobre cuidados pré natais (TEIXEIRA et al., 2018, p. 128).

Teixeira et al. (2021, p. 128) descreve que a partir de 1970 o período de grande adesão às cesáreas, aporte tecnológico mais presente marca uma mudança completa no cenário da partoe nascimento brasileiro, que inclui seus atores, o ambiente, as formas de conduzir a gestação eo parto. Relaciona ainda esta naturalização das cesarianas ao fato de no sistema de saúde previdenciário a remuneração ao ato cirúrgico ser maior que para o parto vaginal, além de considerar o pano de fundo político de autoritarismo e a ampliação da visão liberal da economia como incentivo ao consumo de práticas de saúde em rede privada que visam o lucro.

O crescente processo de medicalização do parto é extremamente acentuado no final do século XX. Diante da junção de fatores como a noção aumentada de adoecimento relacionado à gestação e parto, migrando o evento do caráter fisiológico para o patológico, necessitando assim de hospital e grande aparato tecnológico, maior relação de consumo que inclui não sentir dor, previsão do nascimento com maior eficiência de gastos e lucros(cesáreas agendadas), e nos partos vaginais a cascata de intervenções que aceleram o parto, o uso de medicamentos, posições de parir que contribuem para o agir médico mais rápido mesmo que desconfortável e até potencializador de danos para as mulheres.

A cesárea como salvadora, realizada dentro de técnicas mais modernas é consenso da segunda metade do século XX, antes ela era para casos extremos e contribuía para o aumento das mortes por infecções e hemorragias. Com esta mudança entre 1970 e 1990 a cirurgia foi largamente realizada de caráter preventivo, como possível redutora de morte materna por diversas causas, porém estudos internacionais indicavam que a melhoria da saúde materna se relacionava com ações não específicas da via de parto. O Brasil já enfrentava altas taxas de morte materna mesmo com altas taxas de cesáreas e bom aporte tecnológico, o paradoxo perinatal brasileiro (TEXEIRA et al., 2021, p. 129).

A partir de 1990 o cenário brasileiro hospitalocêntrico tecnocrático do parto e nascimento com taxas altas de mortalidade materna, fetal e neonatal, começa a ser repensado a partir de programas e políticas de incentivo ao parto normal, experiência positiva das mulheres, segurança e aspecto fisiológico na assistência sendo priorizada em lugar da agilidade do processo. Mas naquele momento a procura e escolha das mulheres pela cesárea já era difundida, inclusive em consequência das experiências vivenciadas por muitas delas de grande sofrimento nos partos anteriores ou de conhecidas e familiares.

Os primeiros movimentos do que mais tarde seria a humanização chegaram nesta fase de um país já democrático, com o SUS engatinhando e o desafio de redução de 143 para até 35

óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos até 2015 de acordo com a meta determinada no 5º objetivo do milênio, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da ONU. Em 2010 o Brasil havia chegado a 66 mortes maternas por cem mil nascidos vivos, com a meta não cumprida em 2015 posterior à redução da queda de mortes após 2001 e aumento de mortes em 2009 devido a pandemia de Influenza H1N1, foi repactuada para até 30 mortes/100.000 nascidos vivos até 2030 (JANNOTTI, 2013, p. 57,76).

Dentre as possíveis causas de interrupção na queda da razão de mortes maternas, Bittencourt aponta o maior investimento na investigação e notificação obrigatória de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil, a busca ativa de nascimentos e óbitos na regiões Norte e Nordeste, além de estratégias do Ministério da Saúde para redução de óbitos com causas mal definidas. E sobre as que se relacionam com o aumento da redução estão a maior escolaridade das mulheres, acesso ao pré natal e planejamento reprodutivo, redução das desigualdades e qualificação da assistência ao parto e puerpério (JANNOTTI, 2013, p. 57).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são uma agenda mundial adotada durante a Cúpula das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável em setembro de 2015, composta por 17 objetivos e 169 metas a serem atingidos até 2030, dentre elas a meta mundial de redução para menos de 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos (BVSMS, 2022).

O Brasil como signatário da declaração universal dos direitos humanos tem o compromisso de garantir o direito à vida das mulheres brasileiras. Considerando que 92% das mortes maternas são evitáveis, a morte materna configura a maior violação dos direitos sexuais e reprodutivos (BVS, 2022).

Direitos estabelecidos foram ainda mais violados na avalanche de mudanças impostas pela pandemia COVID19. O atraso na oferta de testes de COVID19 para profissionais de saúde e gestantes / puérperas e principalmente a demora na aquisição de vacinas e início da imunização de gestantes, somadas às atitudes contrárias às recomendações da OMS sobre a seriedade dos governos nas medidas de controle de disseminação do vírus e suporte à comunidade científica para enfrentamento do vírus contribuíram bastante para o trágico número de mortes por COVID19 entre grávidas e puérperas, principalmente negras e pobres.

O Brasil já vinha enfrentando antes de 2020 dificuldades operacionais importantes no enfrentamento e redução da morte materna. É um óbito muito relacionado ao tempo oportuno de detecção do agravo, intervenção e suporte terapêutico necessário. Leal et al(2014,3,6) apresenta nos resultados do inquérito Nascer no Brasil algumas destas fragilidades como a heterogeneidade da rede perinatal SUS, desigualdade geográfica na oferta de leitos de UTI

materno e neonatal, falta de insumos e equipamentos indispensáveis para atendimentos emergenciais, discrepância de estruturas entre as regiões Norte/ Nordeste e Sul/Sudeste resultando em exposição ao risco de morte desnecessário para mães e bebês, chamando atenção para as classes sociais mais precarizadas do país.

Com o desmonte sistematizado da atenção primária em saúde após 2017, cortes significativos no orçamento para estados e municípios por parte do Ministério da Saúde, redução de incremento das ações da Rede Cegonha e desarticulação gravíssima de comunicação e alinhamento das frentes de trabalho entre as três esferas governamentais, as precariedades e fragilidades da assistência perinatal se acentuaram.

De uma razão de morte materna de 57/100.000 nascidos vivos em 2019, passando no ano de 2020 para 67 e em 2021 para razão de morte materna de 107/ 100.000 nascidos vivos(DELL'ARA, 2022) o que temos como prioridade máxima é um trabalho conjunto de toda a sociedade pois não basta ter ações somente do campo de saúde perinatal, é sobre uma ação macro de intervenções gerenciais e assistenciais do campo social.

Diante do fosso aprofundado pela pandemia sobre as desigualdades sociais já pré existentes no Brasil, ainda mais sobre as raciais, de classe e de gênero, pensar sobre direitos humanos direcionando os holofotes principalmente aos direitos sexuais e reprodutivos é um convite ao que se debruçarem neste texto a se envolverem da forma que lhes for possível na efetivação e luta pela garantia destes direitos. Uso aqui a fala de Nina Simone para traduzir meu convite “ *Nesse tempo crucial em nossas vidas, quando tudo é tão desesperador, quando todo dia uma questão de sobrevivência eu acho que é impossível você não se envolver*”.

Mulheres grávidas ainda enfrentam barreiras dadas em espaços que deveriam informar sobre os direitos, estimular a efetividade do protagonismo feminino no parto e nascimento e no exercício dos direitos reprodutivos e sexuais, mas a pandemia multiplicou estas barreiras pelas perdas que ela gerou, de acesso a espaços de convívio e cuidado maternos.

A assistência pré natal e acolhimento e classificação de risco como atos burocráticos, infelizmente realidade em serviços obstétricos, para além do descumprimento de protocolos e diretrizes mínimas preconizadas, desmonta o espaço esperado de troca e vínculo de confiança a ser construído entre profissionais e gestantes, como estratégia importante para o fortalecimento da autonomia da mulher e exercício dos seus direitos.

[...] a morte ocorre na maternidade, mas muitas vezes não é definida por causa da maternidade, que recebe mulheres que não foram cuidadas adequadamente na rede de saúde, nunca fizeram o pré-natal ou tiveram grandes dificuldades de acesso. A outra razão está no fato de que a mudança de cultura e das práticas nas organizações da saúde é mais difícil e mais lenta do que se imagina. Temos problemas estruturais, equipes de saúde que se alteram muito; e se a maternidade é a mesma, mas a equipe não, isso demanda mais trabalho (BRASIL, 2014, p. 448).

Há um fosso entre as políticas de modelos ideais e sua implementação efetiva na prática. Outra questão é que a tensão entre as escolhas individuais e as estruturas dos serviços acentua as dificuldades das boas práticas em saúde e a implementação da humanização do parto e nascimento. Não dá para culpabilizar os profissionais que seriam reféns nas condições dadas pelos serviços e pelo sistema de saúde. Embora também não seja possível eximir ninguém da responsabilidade do poder de decisão individual em situações concretas, o dilema é posto diariamente, entre o agir pessoal de intenções de esfera privada e as possibilidades de agir coerentemente com estrutura suas rotinas fluxos e cultura não escrita porém, pilar de muitas decisões individuais e institucionais.

Coalizões ao redor de causas comuns – ‘Compartilhar uma causa comum ajuda as pessoas e os grupos a manter relacionamentos que transcendam suas diferenças. Construir coalizões efetivas envolve uma constante busca por ouvir uns aos outros, umas às outras, e a desenvolver empatia pelos pontos de vista de cada um e cada uma. As coalizões nas quais eu estive envolvida que mais duraram e que mais funcionaram foram aquelas em que o comprometimento com uma questão específica exigia colaboração como a melhor estratégia para atacar a questão dada’ (COLLINS, 2015, p. 35).

A escrita falada que se apresenta nestas folhas é um convite à coalizões efetivas para melhorias no cenário brasileiro da atenção à gestação, parto, nascimento e puerpério a partir da efetivação dos direitos das mulheres de serem seres humanos inteiros.

No primeiro capítulo faço um mergulho na forma que esta escrita se constrói, suas ‘quase’ delimitações sobre o fio da meada da construção do objeto deste estudo, os caminhos que a estruturam a partir da experiência vivida e sugerida como Bondía(2002) a aborda. Também já apresento ao longo deste mergulho, algumas memórias de encontros e desencontros na efetivação dos direitos das mulheres. Através de bell hooks reflito sobre modos de experienciana formação que afeta e é afetada para melhor cuidar.

No segundo capítulo, a partir de marcos políticos e avanços da políticas públicas de atenção ao parto e nascimento, descrevo memórias desde o início da prática profissional como enfermeira de saúde pública em zona rural até os dias atuais. Apresentando os dados do inquérito Nascer no Brasil, que a partir de seu sub-título “a mãe sabe parir, e o bebê sabe

como e quando nascer” nos revela o cenário obstétrico brasileiro do início do século XXI, trago reflexões sobre umas das maiores pautas a ser enfrentada para a real humanização do parto e nascimento e de todas as práticas de saúde em mulheres, a violência obstétrica.

No terceiro capítulo, os direitos sexuais e reprodutivos e sua construção abrem a conversa em que convido à mesa desta escrita para compor coletivamente mais uma etapa desta colcha de retalhos, algumas das autoras que me foram apresentadas na in-disciplina sobre Enegrecera Saúde Coletiva para emprestarem-me suas falas-escritas na reflexão interseccional acerca das maternidades de mulheres negras e seus direitos violados historicamente. E como a Rede Cegonha e seu componente Acolhimento pode ser potente na redução das iniquidades.

Me reencontro com algumas que estiveram nas conversas ao longo destes 3 anos de convivência aquilombada virtual e presencialmente, como Lélia Gonzalez, Cida Bento, além de me encontrar com Emanuelle Góes, enfermeira, professora, feminista, ativista pelos direitos reprodutivos, autora que encontrei através de suas publicações durante o período mais cruel da pandemia para as mulheres brasileiras e a quem muito me amparei nestes dois últimos anos para refletir sobre maternidades pretas e seus desafios no cenário obstétrico- racista, sexista, patriarcal e por vezes misógeno.

A mulher negra tem muitas formas de estar no mundo (todos têm). Mas um contexto desfavorável, um cenário de discriminações, as estatísticas que demonstram pobreza, baixa escolaridade, subempregos, violações de direitos humanos, traduzem histórias de dor. Quem não vê? Parcelas da sociedade estão dizendo para você que este é o cenário. As leituras que se faz dele traz possibilidades em extremos: pode se ver tanto a mulher destituída, vivendo o limite do ser-que-não-pode-ser, inferiorizada, apequenada, violentada. Pode-se ver também aquela que nada, buscando formas de surfar na correnteza. A que inventa jeitos de sobrevivência, para si, para a família, para a comunidade. Pode-se ver a que é derrotada, expurgada. Mas, se prestar um pouco mais atenção, vai ver outra (EVARISTO, 2015, p. 13).

A “outra” que Jurema Werneck traz na sua escrita introdutória de Olhos d’ Água, são muitas e no fundo são as mesmas porque carregamos as muitas que viveram e ainda vivem no “limite do ser-que-não-pode-ser” em nós. Eu sou uma das outras e sou também uma das mesmas.

Esta escrita dispõe-se a afetar por reais encontros e desencontros na efetivação dos direitos das mulheres e convocar ao afeto em tempos muitos controversos de ameaças de autoritarismo legitimado na capital federal, fome e violência escancarada em todo país.

Como disse Belchior (1976), “A minha alucinação é suportar o dia a dia e meu delírio é a experiência com coisas reais, amar e mudar as coisas me interessa mais !” Amar e mudar o cenário do parto e nascimento me interessa mais !

1 RETALHOS A MÃO, GARRAFAS AO MAR

Ando devagar porque já tive pressa
 E levo esse sorriso, porque já chorei demais
 Hoje me sinto mais forte
 Mais feliz, quem sabe Só levo a certeza
 De que muito pouco sei Ou nada sei
 Conhecer as manhas e as manhãs
 O sabor das massas e das maçãs
 É preciso amor pra poder pulsar
 É preciso paz pra poder sorrir
 É preciso a chuva para florir
 Penso que cumprir a vida
 Seja simplesmente
 Compreender a marcha
 E ir tocando em frente

Almir Sater, Renato Teixeira, 1992

Neste primeiro capítulo dá-se o início de uma longa conversa sobre os encontros e desencontros que no recorte de tempo e circunstâncias dessa escrita, foram mais simbólicas para tentar expressar as muitas inquietações, indignações e também satisfações da minha trajetória de enfermeira em saúde pública e atenção à saúde da mulher e criança.

Emprestando-me das orientações registradas deixadas pelo meu primeiro orientador, Ruben Mattos, para trilhar os caminhos metodológicos e modos de pensar e viver, me convidando ao mergulho na ‘experiência’ segundo o conceito de Bondía(2002) e dando as mãos à bell hooks e sua prática pedagógica engajada, junto os primeiros retalhos inteiros da colcha que se constrói a partir das reflexões sobre o cuidado em disputa na efetivação dos direitos das mulheres.

1.1 No princípio era o verbo escrever

Você verá
 Que a emoção começa agora
 Agora é brincar de viver
 E não esquecer
 Ninguém é o centro do universo Assim é maior o prazer
 Você verá que é mesmo assim
 Que a história não tem fim
 Continua sempre que você
 Responde sim à sua imaginação
 A arte de sorrir
 Cada vez que o mundo diz não.

Guilherme Arantes, 1985

É do lugar dos encontros que vivencio, me tocam e me constroem diariamente que escolho inicialmente falar (escrever) sobre os caminhos percorridos até aqui. Percorridos em coletividade (ainda que muitas vezes sozinha, mas nunca solitária) e repletos de partilhas de vida com pessoas que dando seus passos cotidianos me permitiram habitar nelas e ser formada e reformada a partir dos seus muitos modos de existir.

Após muitos destes encontros que dão completo sentido para o que pretendo discorrer, de forma escrita, mesmo acreditando profundamente que a oralidade desenvolvida na roda de convívio, apresente mais fielmente os desassossegos e as tantas inquietações que nortearão este estudo.

Suspeito serem no fundo os desencontros observados, vividos e relatados a mim que me levam à conversa (mais geradoras de perguntas que de respostas) que se inicia nestas laudas e que espero que ganhem espaço em conversas institucionais, na formação, na clínica, nas rodas de usuários, em cenários formais e não formais do cuidado, a fim de reverberarem novas reflexões e modos de construção e oferta do cuidado em saúde.

O que parece fundamental é que, ao escrever e compartilhar o escrito, abrimos o espaço para afetar outros. Se não queremos afetar ninguém, melhor amassar as folhas e jogá-las ao lixo, ou deletá-las. Mas para os que, ainda que angustiados ou assustados, não abrem mão de tentar afetar outros com seus escritos, só nos resta a alternativa do poeta: crescer para entregar na distância calada um poder de canção (MATTOS, 2008, p. 5).

Afetada e no desejo de afetar para mais reflexões e avanços concretos na forma de cuidar de mulheres grávidas, angustiada e assustada com o desafio que foi posto, ao cumprir o pré requisito parcial para aprovação neste curso, realizo esta escrita e faço como muitas vezes me disse o saudoso Ruben Mattos, o movimento de “jogar garrafas ao mar”, certa dos riscos de não ter as intenções que motivaram a escrita suficientemente esclarecidas ao leitor ou interpretadas de forma não esperada, sigo dizendo a mim mesma repetidas vezes o que o autor de Sobre o ato de escrever, registrou: “Efetivamente não controlamos as leituras.” (MATTOS, 2008, p. 4).

A partir desta trajetória vivida e dos muitos encontros que eu chego à pós-graduação em 2020, movida pelo desejo de explorar, estudar, falar e escrever sobre como em encontros entre profissionais de saúde e mulheres em período gravídico puerperal que deveriam pautar-se em oferta de cuidado seguro e respeitoso, centrado no bem estar da mulher e bebê, surgem os desencontros dos discursos, das boas práticas recomendadas e tornam-se (ou formam-se?) *des-encontros* geradores de dúvidas, insegurança, danos, relação verticalizada, desencorajamento de autonomia feminina e de experiências positivas na gestação, parto e puerpério.

1.2 Do desassossego academicista ao parto do “objeto”: Vai ser sobre grávida, sim !

Eu vi a mulher preparando outra pessoa, o tempo parou pra eu olhar para aquela barriga [...]

Caetano Veloso, 1978

Vivencio desde a formação o desejo de investigar sobre como as relações interprofissionais conflituosas, suas disputas de poder, narrativas e condutas podem gerar consequências diretas ou indiretas na vida das mulheres durante o período gravídico-puerperal, principalmente no momento do parto.

Ingressei na Universidade Federal do Rio de Janeiro- UFRJ em 1996, no curso de Enfermagem e Obstetrícia, com a expectativa de atuar no cuidado direto às pessoas, principalmente mulheres em suas especificidades. Em toda trajetória na graduação, tal expectativa evoluiu para convicção do desejo de atuar principalmente com gestantes, fato que me levou a escolher a habilitação em Obstetrícia para conclusão do curso em 1999, de acordo com a modalidade de currículo à época.

Junto a paixão pela Obstetrícia, caminhou a vontade e a necessidade de conhecer e aprofundar-me na Saúde Coletiva, inspirada diretamente pelos estágios em atenção ginecológica, pré-natal, puerpério e puericultura que através de professores implicados na implementação dos princípios do SUS e fortalecimento das políticas públicas de saúde, solidificaram minha escolha de exercício profissional e dedicação do meu tempo desde então, associando estas duas áreas de conhecimento, desde o meu primeiro vínculo empregatício em Estratégia de Saúde da Família, como prestadora de assistência direta de cuidados em saúde no território quanto na coordenação de equipes e agentes comunitários de saúde, até meu vínculo atual.

Há dezenove anos atuo na rede municipal de saúde do Rio de Janeiro, na área da assistência à saúde da mulher, especificamente no ciclo gravídico-puerperal – a linha de cuidado que me motiva e mobiliza para além da execução das tarefas inerentes ao trabalho e já estabelecidas institucionalmente. As vivências acumuladas ao longo da carreira, levaram-me a implicar-me ainda mais na promoção do cuidado em saúde que tem a mulher como sujeito central da oferta deste cuidado, incentivando seu protagonismo, reconhecendo e valorizando suas "bagagens" de vida e contexto que a colocam diretamente envolvida nos processos de decisão de seu próprio cuidado.

Os fatos contrários a garantia dos direitos das mulheres que identificava desde a graduação e principalmente na experiência de gestão na Atenção Primária em Saúde até 2002 ganharam dimensão macro e sua real complexidade para possíveis e sonhadas mudanças a partir da vivência em maternidade, participando de reuniões de gestão local, além dos atendimentos na Unidade NeoNatal, Ambulatório, Setor de Internação, Centro Obstétrico e nas atividades de educação em saúde.

A partir de 2009 quando passei a exercer cargo de gestão na maternidade, o qual ainda ocupo, as reflexões sobre a naturalidade como constantemente os direitos das mulheres são violados no serviço de saúde obstétrico me são provocadas diariamente. E perguntas sobre porque mesmo com ações e esforços da gestão local para fazer revisão dos processos de trabalho e com a busca de adequação institucional com a política de humanização do cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal, ainda convivemos com inúmeros e antigos enfrentamentos para desconstrução dos paradigmas estabelecidos historicamente pelo modelo hospitalocêntrico e demasiadamente intervencionista de assistência obstétrica no Brasil.

Entendendo que a qualificação da gestão de serviços obstétricos faz-se essencial para promoção e garantia dos direitos das mulheres e cuidado seguro, trilhei esta busca por qualificação através de cursos, participação em fóruns científicos, técnicos e de Sociedade Civil, referências bibliográficas e em muitos espaços de reflexões coletivas e de caráter multiprofissional, esta necessidade de aprofundar conhecimentos foi elemento central na trajetória percorrida até aqui e uma das razões que geraram interesse para pesquisa neste Instituto.

Ao me aproximar do Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, a inquietação de longa data sobre a violação dos direitos das mulheres, já compartilhada e refletida com tantos companheiros de prática profissional, usuários do SUS e qualquer pessoa que se dispuser a alongar uma conversa comigo sobre vida e cotidiano, mobilizou-me ainda mais para aprofundar tal reflexão a partir da definição da linha de pesquisa apresentada no site do Instituto:

Dimensões das práticas de saúde: atores, contextos institucionais e relações com os saberes- A linha investiga as práticas concretas de atores sociais no campo da saúde, os sentidos atribuídos e os significados e valores que delas emergem, como parte de inter-relações complexas, incluindo a diversidade dos atores (estatais, profissionais, da sociedade civil e do âmbito supra estatal) cenários institucionais (justiça, educação e saúde) e saberes relacionados à efetivação do direito humano (IMS, 2021).

Vislumbrei após ser fisgada pela proposta desta linha de pesquisa a oportunidade de investigar sobre como o modo de operacionalização do serviço contribui para um cotidiano de má prática, naturalização da violação dos direitos das mulheres e graves consequências sobre sua saúde, perpassando pelas ‘relações de poder’ estabelecidas entre profissionais/instituições/usuários, que se sobrepõem a qualidade da atenção em saúde prestada e colabora para gerar danos às mulheres ao invés de garantia de cuidados seguros e oportunos. O debruçar-me sobre o tema ganhou maior relevância diante da intensificação das ‘tensões interpessoais’ relacionadas ao espaço de decisão e cuidado que diariamente ocupo e me ocupa.

Reconheço nas violações sutis e nas escancaradas sofridas pelas mulheres, a violação do meu direito também, afinal sou mulher, habito na morada biológica, mais marcada no vasto campo de cotidiana e normalizada violação do direito: o corpo feminino e negro. Digo apenas biológica porque as outras dimensões do corpo que sou são desconsideradas historicamente em favor da objetificação. Ao lançar-me à experiência de registrar nesta escrita também a imagem que vejo no meu espelho, reduzo a minha descrição ao gênero e raça, mas pensando no quanto não se reduz à individualidade, as inúmeras outras dimensões da interseccionalidade aparecem no espelho que reflete também as muitas mulheres que seemprestam a mim e as muitas que me trouxeram até aqui, as minhas antepassadas.

Questões da interseccionalidade são inegavelmente registradas, nas certidões de nascimento de meninas bebês ainda na maternidade, nos campos: sexo, raça e filiação que paradoxalmente autentica nosso pertencimento familiar e nossa historicidade para sentido de existência ao mesmo tempo que mostra o retrovisor revelador dos caminhos de iniquidades repetidas ao longo da vida principalmente de mães negras, pobres e de baixa escolaridade. Outras serão impressas ao longo da infância e crescimento, como: pobreza, orientação sexual e capacidade. Mas seus destinos não são traçados pelo retrovisor!

O ingresso na pós-graduação stricto sensu inevitavelmente leva à pergunta: O que você vai estudar? Qual é o seu objeto? Estas perguntas, apesar de centrais no percurso acadêmico, estavam sempre presentes nas conversas com colegas que já fizeram este percurso, amigos do Instituto e com as muitas enfermeiras amigas e professoras que sempre foram grandes incentivadoras do meu retorno à academia para concretizar esta etapa muito significativa da minha trajetória. Mas também foram geradoras do “desassossego academicista” de não encontrar um fio da meada, o tão necessário objeto, para este estudo diante de tantas questões que me inquietam na minha prática profissional.

Mas entre as perguntas que mais escutei sobre minha pesquisa, está: Tem a ver com grávidas, né? E sem dúvida, é a resposta mais certa que tenho a dar: Sim, tem tudo a ver com

grávidas! Esta pergunta vinda dos familiares, amigos de tantos espaços e fases diferenciadas da vida, inclusive colegas de trabalho, em geral pessoas menos próximas do espaço acadêmico. Estes, sem o rigor dos termos legitimados pela academia, mas com curiosidade afetiva e incentivo, se aproximam e no meu caso especificamente, alimentam (alguns sem se darem conta disso) o desejo de perseverar no curso e rememorar diante das tantas dificuldades em permanecer no mestrado durante a pandemia de COVID19, o desejo que me moveu em 2019 ao mesmo tempo que em muito me ajudam a alinhar entre os tantos motivos descritos acima como fatores inquietantes, pensar a partir da busca pela garantia dos direitos à saúdedas mulheres os muitos incômodos que me atravessam cotidianamente.

Buscar compreender e compartilhar estas reflexões dialogando com o tema do direito se apresenta complementar à reduzida capacidade de provocar mudanças na prática a partir do lugar ‘hierárquico’, uma vez que normas, diretrizes e recomendações sobre a boa prática em obstetrícia não são escassas nem inacessíveis. Estar nessa escrita e pensar junto com tantos autores me ajuda a não endurecer o olhar. Porém cotidianamente me deparo com a percepção de que as ações não recomendadas e potencialmente geradoras de danos às mulheres ou seus bebês passam também pelas escolhas conscientes do agir profissional de acordo com o contexto da sua atuação, mesmo em condições favoráveis à boa prática.

Tais escolhas, suspeito também passarem pela falta de conhecimento, apropriação ou condições mais favoráveis ao cuidado ofertado a partir da premissa do direito fundamental à saúde. Penso que a informação sobre os direitos das mulheres já deveria ser anterior a qualquer demanda de hierarquia organizacional, deveria chegar ‘dentro’ de todos os indivíduos que prestam cuidado em saúde, principalmente no SUS, na medida que reconhecem seus próprios direitos os fariam presentes e usufruídos por outros também.

Mesmo tendo seu arcabouço de valores institucionais baseado na proposta da Rede Cegonha, normatizada pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, a assistência ao parto e ao puerpério e a assistência à criança com até 24 meses de vida, e que ainda traz entre os seus princípios: o respeito, a proteção e a efetivação dos direitos humanos(Brasil,2011), os serviçosde saúde, infelizmente, apresentam-se, não raras vezes, como campo de violação de direitos.

Dentre os inúmeros desafios na gestão e efetivação de políticas públicas para enfrentamentos e desconstrução dos paradigmas estabelecidos historicamente pelo modelo tecnicista e demasiadamente intervencionista de assistência obstétrica no Brasil, que acredito contribuirão muito para a violação dos direitos das mulheres, suspeito serem as tarefas de encontrar caminhos para a sensibilização dos profissionais sobre direitos humanos, a melhoria

da difícil relação interprofissional e promover uma cultura de conjugação e complementaridade dos saberes, dentre as mais complexas. Mas quando com êxito aplicadas à prática, possuem um grande potencial de reconhecimento, entre os profissionais, da importância da garantia dos direitos humanos no campo da oferta do cuidado em saúde, mitigando os danos em obstetrícia, gerando satisfação no trabalho e principalmente propiciando às mulheres uma experiência positiva na gestação, parto e puerpério.

1.3 O Método dos Retalhos Inteiros

Debaixo d'água tudo era mais bonito
 Mais azul mais colorido
 Só faltava respirar Mas tinha que respirar
 Debaixo d'água se formando como um feto
 Sereno, confortável, amado, completo
 Sem chão, sem teto, sem contato com o ar
 Mas tinha que respirar

Arnaldo Antunes/ Bethânia, 2001

Objetivo com este trabalho relatar fatos que vi, ouvi, vivi e os que espero ver, ouvir e viver na amplitude de cuidados seguros em saúde às mulheres, relacionando-os com referenciais bibliográficos selecionados à partir dos temas: Saúde da mulher, direitos das mulheres, direitos reprodutivos, atenção obstétrica.

Os caminhos de estruturação desta escrita baseiam-se nas experiências do cotidiano da prática profissional costuradas aos significados, desafios e memórias despertadas na interação com mulheres, meninas e com a pauta dos direitos.

As linhas que alinhavam as experiências no agir profissional e as minhas subjetividades são os conceitos e citações utilizados à partir da ancoragem em diversos autores com os quais busquei conversar e emprestar-me de suas falas/escritas que ao serem lidas por mim corroboram para expressar através delas meus pensamentos, encontrar novas leituras e olhares de algo que me parecia cristalizado e muitas vezes eles disserem o que eu buscava expressar e estes já o tinham feito de forma tão representativas à minhas intenções .

Se pudesse ter uma imagem para representar esta pesquisa, simbolicamente a vejo como uma grande colcha de retalhos ainda em construção, naquele momento prévio à costura final e posicionamento definitivo dos retalhos, quando a experimentação de posições das peças de acordo com suas estampas e cores são feitas e refeitas buscando a melhor composição possível na perspectiva de quem a constrói. Mas as circunstâncias desta escrita, gerada em uma sensação

muito viva de aquilombamento, coletividade e desejo de estar na mesa com gente perto, me desperta a desconfiança de ser esta uma daquelas colchas que ganhará tamanho adequado para o uso esperado para ela, mas devido à densidade dos retalhos inteiros, as estampas e cores que à montam, a contar desta que relata, não terá um viés¹ de acabamento, e sim um alinhavado de pontos largos entre si, fingindo uma bainha frouxa e pronta a ser desfeita para a possibilidade de acréscimo de mais e mais retalhos para enriquecer esta composição com memórias e ações de esperança para nós hoje e para as que por esta colcha se permitirem envolver e também construí-la.

Mattos (2015, p.29) é um dos textos que me empresto e que percorri várias vezes na busca de encontrar terra firme para estabelecer os caminhos desta escrita quando tudo que encontrava era “como areia movediça”, como ele mesmo descreve. Assumir o carro na frente dos bois ao iniciar a construção deste trabalho foi desafiador e sofrido demais. A necessidade de terra firme para alicerçar a pesquisa me paralisou, assumo que vivi a “síndrome do horror metodológico”. Mas seguindo seu conselho continuei a remar até a outra margem.

Tal empréstimo teve início a partir do encontro com o autor do texto, o querido professor, Ruben Mattos em 2019. Assim como com a pessoa do autor, o encontro com o texto também produziu muitas perguntas e inquietações sobre a pesquisa científica e a escrita acadêmica. Mas ofertou-me também algumas das linhas que me ajudam a costurar esta escrita:

[...] ciência se relaciona à paixão por certos problemas. As histórias de nossas paixões pelos nossos problemas sem dúvidas serão distintas. Reconheço, contudo, em muitas das histórias que circulam no campo da Saúde Coletiva no qual milito, a presença do desejo de contribuir além dos marcos da ciência, de contribuir com o conhecimento científico para a transformação da sociedade ou do mundo ao nosso redor. Tais desejos nos remetem aquilo que nos ensinou Knorr-Cetina (DATA): o conhecimento científico se transforma ao se deslocar dos âmbitos estritos (e, diria eu, estreitos) das comunidades científicas para a bancada do tecnólogo ou para a mesa do político. Porém, mais do que a metáfora daquela autora, penso que a realização desse tipo de desejo só se concretiza quando somos capazes de, para além dos nossos pares, reconhecer outros sujeitos a quem queremos convencer, com quem queremos compartilhar o produto de nossa investigação. Em outros termos, se, para a produção do conhecimento científico, tivemos que romper com o senso comum, muitas vezes nos apropriando ou mesmo desenvolvendo um vocabulário exotérico, e utilizando ferramentas teóricas e práticas investigativas por vezes bem distantes do senso comum, para dar seguimento a nossas aspirações de ir além dos pares, precisamos de outra ruptura, que nos permita retornar ao senso comum, resgatar a clareza das nossas idéias, de modo que nosso conhecimento seja apropriável por aqueles que, ao fim e ao cabo, contribuam para a transformação com a qual sonhamos. Como nos ensina Jurandir Costa: A final de contas, para que saber e por que saber? – senão para construirmos, juntos com outros, uma vida mais bela e mais. feliz! (COSTA, 1994, p. 15; MATTOS, 2015, p. 57).

Vejo as mulheres e meninas que atendo, converso, cruzo olhares e sorrisos (até 2020,

¹ Corte de tecido que faz acabamento das bordas ou bainhas de peças de tecido.

quando sem máscaras) e às vezes choro, como os “outros sujeitos”, que eu diria as principais, com quero compartilhar esta “investigação”, que eu diria: relato. Reconheço-me nelas e vejo minha história representada em muitas, alertam-me de encontros e desencontros da minha trajetória, os muitos encontros e desencontros das minhas avós, tias, primas e as tantas mulheres que como mencionei no início deste texto encontrei ao longo da vida trilhando seus caminhos para maternar ou não maternar, fazendo ‘escolhas’ sem acesso devido à informação correta, sem acesso oportuno e respeitoso ao cuidado em saúde e muitas também que nos mesmos caminhos foram contempladas em seus direitos e experienciaram positivamente o ciclo gravídico puerperal.

Quando me refiro às mulheres como principais, incluo as tantas profissionais de saúde com quem compartilho meus dias e as muitas companheiras de outras áreas de atuação, assim como tantos homens que convivo e são atentos ao lugar que podem ocupar na construção da igualdade de gênero. Penso que todos estes são meus pares, que não necessariamente pretendo convencer, mas compartilhar esta escrita para além de encontrarmos juntos alívios concretos das inquietações que motivam este relato, prosseguirmos nos fortalecendo coletivamente na efetivação dos direitos das mulheres.

Caso possível convencer alguém, diria que compartilhar as reflexões aqui registradas como que chamarei de meus ‘ímpares’, seria uma oportunidade, se baseada em diálogos com crítica respeitosa, de ouvir e conhecer aspectos não vislumbrados nestas laudas, que possam ter importância na reflexão sobre a garantia dos direitos das mulheres, mas que por não atravessarem a minha experiência ou não pertencerem ao conjunto de práticas e ética que me constituem, não suscitaram o registro aqui.

Enquanto escrevo, falo por este texto, não consigo a imparcialidade, e por fim escolho não fugir do quanto venho inteira para ele, dentro dos limites que me conheço e reconheço, venho inteira, minha escrita não é neutra, é encarnada, comprometida com onde meus pés estão no mundo.

Com a companhia ilustre de Bethânia, e sua doce e potente voz ecoando dentro de mim lembrando-me que emergir é necessário, a experiência da escrita acadêmica ganha forma, simbolicamente me deslocando do lugar mais “sereno, confortável, amado e completo” - a conversa comprida e partilha diária com colegas de trabalho, família, irmãos/amigos da caminhada, gente de longa data e afinidades, sobre as tantas vivências que me marcam e agora ganham o mar através das letras escritas engarrafadas.

1.4 Escrita gerada na experiência, na oralidade e no não dito dos encontros...

O que é interessante é que muitas vezes nossa fúria com nossa dificuldade de escrever o que queremos muitas vezes reflete tão somente a pouca clareza que temos no momento sobre o que queremos escrever. É como se começássemos a escrever em silêncio, sem usar a pena, lápis ou caneta, ou sem apertar as teclas do computador; escrevêssemos imaginando o texto, os argumentos, a metáfora, escolhendo mentalmente as palavras, a ordem das palavras... E começássemos e registrar estes embriões de linha de pensamento, ainda incompleta, descontínua, sem cor... E ao ler em silêncio esses esboços, percebêssemos o quanto estamos distantes de nosso intento... Mas nesse processo, tornamos a elaborar nossa linha de pensamento, até conseguir um traçado interessante. Aí, torna-se mais fácil colocar a linha pensada no papel (MATTOS, 2008b, p. 4).

Tal trecho me representa muito e foi questão conversada em vários momentos com Ruben, sobre as questões levantadas em aulas e problematizadas a partir dos cotidianos nos serviços de saúde e espaços de gestão que ainda no âmbito da oralidade nos renderam alongadas e boas conversas. Mas como eu já dizia a ele, no momento de registrá-las e lançá-las à estas linhas me gerariam sofrimento pois inevitavelmente surgiriam de modo muito visceral e revelariam a mim e aos possíveis leitores, as utopias que carrego, as frustrações vivenciadas e as muitas esperanças misturadas à teimosia de acreditar (por já vivenciar, ainda que pontualmente) em um sistema de saúde amplamente propiciador da efetividade do direito humano consequentemente garantidor dos direitos das mulheres.

Mattos (2008b, p. 4) descreve também neste texto sobre as “inquietações quase paralisantes” que surgem durante o processo da escrita: “É como se os leitores pudessem nos desnudar ao ler nossos escritos, ou, pior, desnudar nossas almas [...]. O que eles vão achar de mim?”.

Faço um grande esforço de construir esta escrita dentro dos critérios acadêmicos exigidos, mas pautada e gerada o tempo todo nas minhas experiências dentro e fora dos espaços institucionais de oferta de cuidado em saúde e promoção do direito à saúde das mulheres.

Empresto-me do conceito *experiência* de Bondía (2002), para tentar comunicar ao leitor a partir de que lugar escrevo, como escrevo e compartilho as muitas esperanças e inquietações nestas laudas, muito mais em formato de suspeições/perguntas que de respostas. Convido ao longo desta conversa escrita uma aproximação à minha subjetividade, experienciada na concretude do cotidiano em gestão e assistência clínica às mulheres e meninas, nas quais me reconheço e reconheço minha história.

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça² (BONDÍA, 2002, p. 21).

Enxergando-me e a outros no “sujeito da experiência” que Bondía apresenta a partir de algumas definições abaixo citadas, percebo porque os encontros profundos que citei no início do texto dão sentido e fôlego a minha busca de repensar e propor no serviço e nas ‘relações interpessoais’ meios de afirmar e firmar o compromisso diário e irrestrito da garantia dos direitos das mulheres, incentivando que sejam (sejamos) vistas como “ser humano inteiro” expressão enfatizada por Chimamanda (2014), escritora nigeriana, feminista, autora do livro *Sejamos todos feministas*, no qual descreve sobre a importância da defesa da igualdade de gênero e ações concretas de reconhecimento das mulheres como seres humanos inteiros, portanto portadoras de direitos assim como todo ser humano em qualquer modo de sociedade. Nestes encontros tanto a satisfação das ações exitosas na construção e oferta do cuidado seguro quanto a angústia de não ver efetivadas as recomendações e diretrizes das boas práticas e garantia dos direitos das mulheres eram compartilhados com pessoas que se oferecem como “um espaço onde têm lugar os acontecimentos” (BONDÍA, 2002, p. 19).

[...] seja como território de passagem, seja como lugar de chegada ou como espaço do acontecer, o sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade [...]. uma passividade feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma receptividade primeira, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essencial [...]. O sujeito da experiência [...] é um sujeito alcançado, tombado, derrubado [...] mas um sujeito que perde seus poderes precisamente porque aquilo de que faz experiência dele se apodera / O sujeito da experiência é um sujeito ‘ex-posto’ [...]. Do ponto de vista da experiência, o importante é [...] a ‘exposição’, nossa maneira de ‘ex-pormos’, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e de risco (BONDÍA, 2002, p. 19).

Repartir-se e formar-se, formando mais gente com quem se disponibiliza para as possibilidades apresentadas por Bondía, inclusive nem sempre agradáveis, diria que mais desconfortáveis do que convidativas, fez e faz toda diferença para prosseguir esperançosa nas mudanças possíveis no cenário obstétrico brasileiro. Pois estes sujeitos disponíveis à própria transformação e certamente com grande potencial de estímulo para que os “[...] seu contrário, o sujeito incapaz de experiência [...] sujeito firme, forte, impávido, inatingível, erguido, anestesiado, apático, autodeterminado, definido por seu saber, por seu poder e por sua vontade”

² Em espanhol, o autor faz um jogo de palavras impossível no português: “*Se diria que todo lo que pasa está organizado para que nada nos pase*”, exceto se optássemos por uma tradução como “Dir-se-ia que tudo que se passa está organizado para que nada se nos passe.” (Nota do tradutor) (BONDÍA, 2002, p. 21).

(BONDÍA, 2002, p. ?) se motive também à abertura para experiência e tenha a sua própria conforme afirma o autor, tornando-se respeitador das experiências de outros.

Olhando para a relação entre informação e experiência de Bondía, salta-me do contexto de sua exposição o quanto no imperativo pela informação e sermos cada vez mais informados, a experiência é distanciada, afirmando que “informação não é experiência” e que o “sujeito da informação” tem como sua maior preocupação a insuficiência de informações e nessa intensa busca do saber, sem sentido de sabedoria, mas no sentido- conhecimento/informação. De acordo com o autor, o que se alcança é o distanciamento da experiência, considerando que o sentido dá-se no tempo da experiência, tempo de assimilar o vivido, experienciar os acontecimentos com reflexão para produção de memória (BONDÍA, 2002, p. 22).

Diante da velocidade e rotatividade de estímulos e informações novas que acessamos atualmente está posto o maior desafio, o silêncio, a pausa para percepção e assimilação do acontecimento para o que seria a possibilidade de “experiência/sentido” como aprendizagem e ponte para transformação do indivíduo.

O sujeito moderno não só está informado e opina, mas também é um consumidor voraz e insaciável de notícias, de novidades, um curioso impenitente, eternamente insatisfeito. Quer estar permanentemente excitado e já se tornou incapaz de silêncio. Ao sujeito do estímulo, da vivência pontual, tudo o atravessa, tudo o excita, tudo o agita, tudo o choca, mas nada lhe acontece. Por isso, a velocidade o que ela provoca, a falta de silêncio e de memória, são também inimigas mortais da experiência (BONDÍA, 2002, p. 22).

Pensando a contemporaneidade e refletindo a partir da descrição de Bondía, vejo nestes dias o agir no trabalho em saúde movido pela urgência de fazer coisas, informar-se (por inúmeras razões) como imperativo ou até condição de pertencimento e relacionar-se em grupo e não necessariamente o conhecimento-informação apreendido, refletido e aplicado ao cuidado em saúde após sequentes filtragens como: da ética, das boas práticas, do cuidado centrado no paciente, que envolve diretamente o conhecimento dos direitos e suas garantias, a contextualização da situação, da interseccionalidade. O sujeito atual - portador do mundo nas mãos, um mundo em formato retangular e tela como portal a todas as informações disponíveis em servidores digitais, que ainda não era o apontado pelo autor (considerando que o salto de uso dos *smartphones* se dá a partir de 2013) tem o acesso a todas estas pensadas filtragens que me refiro e outras, então não seria a falta da informação a barreira ao cuidado seguro, oportuno e respeitoso, obviamente em consonância com os direitos das mulheres.

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDÍA, 2002, p. 24).

Trago esta reflexão para esta escrita como um alerta do que não pretendo gerar ao longo desta conversa: o conhecimento pelo conhecimento e a transferência de informação apenas, nem na pauta dos direitos das mulheres e gestantes nem sobre minhas percepções aqui relatadas. Se possível provocar algo com a mensagem contida nesta garrafa que seja a busca pelo sentido da experiência para melhoria das nossas ‘relações interpessoais’.

O saber de experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana... O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna. Não está, como o conhecimento científico, fora de nós, mas somente tem sentido no modo como configura uma personalidade, um caráter, uma sensibilidade ou, em definitivo, uma forma humana singular de estar no mundo, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo). Por isso, também o saber da experiência não pode beneficiar-se de qualquer alforria, quer dizer, ninguém pode aprender da experiência de outro, a menos que essa experiência seja de algum modo revivida e tornada própria (BONDÍA, 2002, p. 20).

E sobre o que vão achar de mim, como questiona Mattos (2008, p. 4), isso não tenho controle, o próprio me incentivou a reduzir o controle, e confiar que as “garrafas jogadas ao mar” não são mais minhas [...] mas se eu puder ajudar adianto uma breve descrição: Enfermeira, formada no SUS, defensora e trabalhadora do SUS, apaixonada - (heteronomia de Bondía, p. 26) pelo processo de gestar, parir e cuidar de pessoas, esperançosa de dias muitos melhores da concreta efetivação dos direitos das mulheres e disposta aos riscos desta experiência com “inseparável dimensão da travessia e perigos” que a formam (BONDÍA, 2002, p. 25).

Definir o sujeito da experiência como sujeito passional não significa pensá-lo como incapaz de conhecimento, de compromisso ou ação. A experiência funda também uma ordem epistemológica e uma ordem ética. O sujeito passional tem também sua própria força, e essa força se expressa produtivamente em forma de saber e em forma de práxis. O que ocorre é que se trata de um saber distinto do saber científico e do saber da informação, e de uma práxis distinta daquela da técnica e do trabalho (BONDÍA, 2002, p. 26).

Os aprendizados acumulados a partir das vivências, somados ao conhecimento adquirido nos espaços institucionais do ensino, o saber científico e até mesmo o saber da

informação (impossível não o reconhecer na atualidade) vem à tona nos momentos de agir no lugar de gestão, na assistência individual à mulher, em reuniões formais e informais e nos diferentes formatos de encontro recentes, virtuais e presenciais. Mas nesta escrita intento registrar a “práxis distinta da técnica e do trabalho”, considerando o olhar de Bondía sobre como o trabalho e a técnica operam, pensando a experiência como sentido. “Se o experimento é repetível, a experiência é irrepitível, sempre há algo como a primeira vez. Se o experimento é preditível e previsível, a experiência tem sempre uma dimensão de incerteza que não pode ser reduzida” (BONDÍA, 2002, p. 28).

Ao citar este trecho acima, acompanhe-me numa analogia da assistência à gestantes. A gestação, o parto e o nascimento também são sempre numa dimensão de incerteza que não pode ser reduzida (experiência) incluindo as mulheres assistidas e os profissionais envolvidos no processo de cuidado. Aqui no cenário do cuidado somos gente encarnada, abertos à transformação e isso dá sentido, constrói ética e convida outros a vivenciar o saber da experiência e ser sujeito da experiência. Os procedimentos que envolvem a assistência, cada protocolo, ação recomendada, prática instrumental já aprendida ou em aprendizado são preditíveis e previsíveis (como o experimento), diria que inclusive são essenciais e muito bem vindos para serem aplicados na hora adequada e se necessários para garantia de cuidado seguro e oportuno.

Mas estes mesmos momentos também são assistidos por altivos, duros, incobráveis, "os contrários à experiência" no conceito de Bondía que reduzem a assistência à dimensão dos experimentos, ações protocolares engessadas que não individualizam o cuidado, ignoram a centralidade do paciente e conseqüentemente violam seus direitos. Reforço que estes podem ser motivados ao lugar da experiência, à transformação.

1.5 De onde e por onde os encontros e *desencontros* se dão e os direitos acontecem ou suprimem

Quando escrevo, mesmo sentindo muita distância de tantas realidades que não se deram propriamente no meu corpo ou vivência, mas me atravessam, me dizem sobre as mulheres muito próximas a mim que as sentem e as mais distanciadas, mas todas igualmente parte do todo feminino que me move ao cuidado e as muitas formas de cuidar.

A escrita dos encontros e desencontros que cuidam ou descuidam mesmo sendo um processo que faço sozinha no ato de digitar letras, ligar palavras, construir frases e parágrafos,

partem de encontro e desencontro comigo mesma primeiramente, e ao reparar nos sentimentos e lembranças que este encontros me geram concluo que este processo nunca é solitário, sinto como que muitas mulheres e meninas estão ao redor desta mesa de escrita, elas se apresentam uma a uma, outras horas chegam-se todas juntas falando ao mesmo tempo, e algumas vezes mais firmes que outras se sobressaem e me impelem a escrever com mais agilidade e quase como se correndo dada a urgência que possuem em serem ouvidas, como se um texto em caixa alta se fizesse necessário para alertar ainda mais aos que se aventuraram ao abrir esta garrafa os tons da oralidade desta mensagem.

Às vezes que não se apresentam com tanta firmeza, preciso aquietar-me, atentar e enfatizara escuta, aguçar esse sentido essencial, mas facilmente negligenciado- a audição. Para perceber sussurros de vozes femininas que tem muito a dizer, mas achegam-se nas rodas, nos encontros marcados ou ocasionais, quase silenciadas ou não se sentido pertencentes ao espaço ao ponto de expressar-se, o exercício que se impõe me desafia profundamente.

Seria com estas mulheres de vozes discretas que os desencontros e descuidos acontecem com maior frequência? Talvez esta suspeita venha do peso do ditado: “quem cala consente”, tão usual no meu convívio familiar e resposta certa para justificativa de entre família e na vida respondermos mesmo quando nossa posição não fosse suficiente para alterar a ocasião, o fato de ter falado, se posicionado marcava a oposição ao fato e não deixava dúvida aos outros de nossa opinião.

Reconhecendo que não se trata de comportamento ideal nem determinante de garantia de direitos respeitados ou opinião valorizada, reflito sobre estas mulheres e não tenho dúvida quenão consentem a desvalorização de suas necessidades, sugestões, dúvidas e medos nos serviços de saúde. Seria o lugar de poder, socialmente ocupado por nós profissionais de saúde, de detentores do saber em saúde (ou em doença?), um ‘convite’ ao silenciamento de quem tem muito a questionar? A simbólica imagem (e incômoda, eu diria) pendurada nas paredes hospitalares da enfermeira indicando silêncio, me vem à mente, que mensagem passamos por décadas aos “pacientes” quando, mesmo sem paciência, são convidados a silenciar pacientemente?

Ao pesquisar neste “campo memória” recordo que presenciei tantas vezes a omissão ou negativa direta de profissionais de saúde ou trabalhadores de apoio administrativo em contribuir para a efetividade do direito de mulheres no serviço de saúde. Tal atitude não se configurou exclusivamente às de vozes baixas ou não emitidas, as firmes, ouvidas ao longe foram também negligenciadas.

Gonzalez (1984, p. 226) aponta para a naturalização de situações cotidianas, porém

absurdas envolvendo corpos negros e traz para a discussão o lugar “esperado” socialmente para mulheres negras. Empréstimo-me do seu escrito sobre consciência e memória que traduz de forma tão aproximada como percorro o campo para esta escrita e registro do “lugar da emergência da verdade” as naturalizações que vivenciei e ainda vivencio.

A gente tá falando das noções de consciência e de memória. Como consciência a gente entende o lugar do desconhecimento, do encobrimento, da alienação, do esquecimento e até do saber. É por aí que o discurso ideológico se faz presente. Já a memória, a gente considera como o não-saber que conhece, esse lugar de inscrições que restituem uma história que não foi escrita, o lugar da emergência da verdade, dessa verdade que se estrutura como ficção. Consciência exclui o que memória inclui. Daí, na medida em que é o lugar da rejeição, consciência se expressa como discurso dominante (ou efeitos desse discurso) numa dada cultura, ocultando memória, mediante a imposição do que ela, consciência, afirma como a verdade. Mas a memória tem suas astúcias, seu jogo de cintura: por isso, ela fala através das maneadas do discurso da consciência (GONZALES, 1984, p. 226).

Fui estimulada desde a infância sobre a importância de observar os ambientes, perceber as pessoas que circulam, como se comportam e até um pouco prever suas atitudes. Minha mãe, na intenção de proteger a menina que cedo precisou se deslocar sozinha para escola e outras tarefas, usou a sua própria habilidade de percepção aguçada, muito provavelmente desenvolvida pelas mesmas razões, como extensão de seu próprio olhar quando distante de mim. Apesar de algum cansaço pela condição de alerta que me envolve, na vida adulta ao deparar-me com as múltiplas tarefas femininas somadas às de enfermeira sobre prever e prover e ainda liderar equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem, esta habilidade tornou-se aliada importante na observação e percepção dos espaços sob minha responsabilidade administrativa e principalmente sobre as pessoas a serem atendidas nestes espaços.

Deste hábito de correr os olhos pelos espaços desde a hora que entro na maternidade, a começar pelo estacionamento e entrada da emergência surgem muitos encontros. Alguns desencontros da assistência são identificados, às vezes amenizados, outros somente constatados e registrados como aprendizado para não ser repetido.

Para muitos o agir no lugar de gestão, alguns lêem só burocracia, parece longe da assistência, até mesmo desconectada por conta da falta de proximidade concreta com as mulheres, execução de procedimentos técnicos por exemplo, mas o percorrer dos corredores da unidade me permite a percepção dos movimentos dos corpos, o circular das mulheres e dos familiares, o ir e vir de acompanhantes com os olhares vagos, ansiosos ou perdidos. Outros cheios de si, outros felizes, outros projetados de completo pertencimento daquela casa porque já tiveram uma ou tantas vezes por lá que chegam a orientar os recém chegados.

É enriquecedor para planejar ações concretas de melhoria no serviço, perceber a diversidade, a riqueza de detalhes nas individualidades, sem perder o olhar da coletividade para traçar adequações no acolhimento de demandas apresentadas rotineiramente em espaços não formais de cuidado, que dão muito retorno sobre a operacionalização dos processos de trabalho nos locais formais. A pergunta a ser feita é: posso ajudar? Perceber e se implicar em acolher mesmo com limitações, é também assistir e não se torna ato burocrático se a lógica degente atendendo gente se estabelece.

O lugar de espera em serviços de saúde geralmente abriga familiares e amigos de quem adoeceu, acidentou-se ou no caso específico das maternidades, a maioria de gestantes, saudáveis e sem nenhuma patologia que apenas vieram ter seus bebês. A rede de apoio das grávidas por muitos anos foi mantida exclusivamente neste espaço, fora do lugar consolidado do cuidado, longe da pessoa de sua proximidade. E o repasse das informações dos acontecimentos de dentro ficavam a cargo das equipes e suas maneiras mais técnicas ou acessíveis, superficiais ou aprofundadas, acolhedoras ou secas, de ‘transmitir’ a experiência.

A Lei Federal nº 11.108/05 conhecida como Lei do Acompanhante, garante à mulher o direito de ter uma pessoa de sua escolha durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério, trouxe amparo legal ao movimento natural de manter por perto, ainda mais nas horas difíceis, quem nos ampara.

Com a presença dos acompanhantes esta possibilidade de sentir-se mais amparada e beneficiada com todas as vantagens de ter rede de apoio próxima e muitas vezes ao vivo, graças aos smartphones, concretiza-se para as gestantes e puérperas. Porém a presença do acompanhante não pretende nem deve substituir a função dos profissionais na prontidão em esclarecer dúvidas e reduzir as angústias de gestantes e familiares. A comunicação efetiva entre equipes e usuários é o ponto chave para prevenção da maioria dos conflitos que se iniciam pequenos e tomam grandes proporções gerando *desencontros* desnecessários e danosos a todos, principalmente às mulheres.

Há algum tempo vivenciei a seguinte situação: ao sair ao estacionamento deparei-me com um entregador de refeição solicitando informação na recepção a respeito de uma gestante, o que causa estranheza pois há garantia de refeições à todas as mulheres internadas e as que acompanham seus bebês na unidade neonatal. Diante da insistência do entregador, a recepcionista iniciou a procura da solicitante da refeição. Para minha surpresa, aproxima-se uma gestante e sua acompanhante, ambas que eu já havia conversado pela manhã no ambulatório de pré-natal ao percebê-las perdidas com papéis nas mãos que eram referentes ao laboratório, localizado no outro prédio da maternidade. As cumprimentei seguida

imediatamente da pergunta: por que ainda estão aqui até esta hora? Já passava das 15h e as abordei no pré-natal antes das 9h. Elas priorizaram receber a refeição e iniciaram o consumo ali mesmo, em pé no estacionamento. Paralelamente a repartirem a refeição, tentavam me explicar a permanência na unidade: - *“A doutora lá de baixo (pré-natal) não quis me dar receita da injeção para anemia, mas me indicou a farmácia onde vende, eu tô acostumada a tomar, mas sem receita não aplica, tô esperando a emergência me chamar para pegar uma receita.”* Enquanto a gestante volta a comer, a acompanhante completa: - *“Ela está sem comer este tempo todo, a glicose baixou muito, ela quase desmaiou, porque depois da bariátrica ela desmaia muito.”*

Tudo ocorre em poucos minutos, apesar da complexidade da situação. Fica evidente para mim e imagino que para quem lê, que há minimamente uma falha grave de comunicação no atendimento pré-natal. O desfecho foi favorável e simples (do ponto de vista técnico), mas custoso à gestante. Encaminhada, novamente, ao ambulatório, foi orientada corretamente sobre a administração da medicação com entrega da receita devidamente preenchida, retorno remarcado com menor intervalo de tempo e encaminhada à nutricionista. E de acordo com as enfermeiras envolvidas no novo acolhimento, despediu-se menos angustiada, compreendendo as orientações sobre autocuidado e com mais pertença ao serviço.

Claro que a resolução das dificuldades envolveu vários profissionais na cascata de novas demandas e necessidades que foram surgindo, mas percebê-la mais cedo, atendê-la, reconhecê-la mais tarde e abordá-la para entender o que estava acontecendo, foi ponto de partida para redução dos danos já instalados e a piora dos que ainda viriam, pois a espera por mais um atendimento para corrigir falha do atendimento anterior geraria mais horas de espera, maior exposição ao risco de infecção por coronavírus e o risco de ser dispensada sem o esclarecimento adequado de sua condição e cuidados necessários.

Tal vivência assim como tantas outras trazem a reflexão do quanto estas experiências individualizadas e informais podem visibilizar as inadequações institucionais e servem de alerta para mesmo entendendo que pessoas se implicam na solução dos problemas e através delas os sistemas funcionam, as práticas precisam pautar-se em diretrizes institucionalizadas e humanizadas. O caminho da pessoalidade e um teórico ‘favor’ em envolver-se em questões fora dos protocolos tradicionais de ações, expõe não somente as pacientes, mas as próprias instituições sobre sua capacidade de antever experiências negativas aos usuários e esforçar-se para evitá-las.

Em momentos de conversas posteriores à estas vivências, com os profissionais envolvidos, escuto frequentemente que a motivação para se disporem a ir além do mínimo posto

nos protocolos e diretrizes institucionais, como a recepcionista que se dispõe a procurar a gestanteno estacionamento para receber a refeição, é sobre o que gostariam de fizessem por eles ou alguém de sua proximidade. É mais ou menos assim: *“Se fosse comigo, ia gostar que alguém me ouvisse, prestasse atenção em mim”*, me disse a recepcionista no dia seguinte.

1.6 Formação e *de*formações nos cenários consolidados da assistência em Saúde

Já podaram seus momentosDesviaram seu destino
Seu sorriso de meninoQuantas vezes se escondeu
Mas renova-se a esperança Nova aurora a cada dia
E há que se cuidar do broto Pra que a vida nos dê flor e fruto

Milton Nascimento/Wagner Tiso, 1983

“Como ser e como não ser, tudo é aprendido” foi a frase que me marcou na experiência de acadêmica bolsista da SES/RJ em 1998, atuando no principal hemocentro do estado do Rio de Janeiro e referência à época como instituição portadora de selo de reconhecimentos internacionais de padrão de qualidade.

O início do sonhado estágio hospitalar e remunerado enfim chegara, roupas e sapato brancos aprontados, trajeto orientado e confirmado com papai, atravessaria a cidade para apresentar-me no instituto estadual de referência em cardiologia, local escolhido pelo desejo da experiência no cuidar efetivo, e primeiro contato com ambiente hospitalar, pois tal início se dá após um longo período de greve da universidade, fato que adiou a entrada no hospital universitário onde garantia minimamente alguma prática e apropriação de linguagem, postura e saberes que se dão na troca aproximada entre alunos, professores equipe multiprofissional. Mas a recepção foi marcada por perguntas técnicas específicas e a ausência de respostas à altura para permanência no serviço. O que marca e traz essa memória a este texto é a forma de receber, reforçar a impossibilidade e dispensar. De maneira rápida, ríspida e altiva eu e outras duas amigas fomos devolvidas à SES pela enfermeira que nos desrecebeu pois aquele serviço precisava de alunos ‘experientes’.

Acolhidas por uma enfermeira com afeto, escuta paciente sobre nossa inexperiência e disponível a ensinar o básico, nada básico para nós e acolher-nos desde nossas dúvidas técnicas até a difícil tarefa de montar escala conciliando aulas, estágios curricular, trânsito e estágio extra-curricular. Todo seu dispor não foi suficiente para nos blindar de novos desrecebimentos.

Ao nos levar para conhecer um setor específico e de aprendizado muito peculiar, foi alertada pelo enfermeiro que ele não ganhava para isso e não gostava de alunos- “não sou professor de ninguém”. Desta vez sem o tom baixo e pseudo elegante da profissional anterior, a forma de deformar foi no grito. Daí vem a frase: “Como ser e como não ser, tudo é aprendizado”. Firme e educada, Enfermeira J nos conduziu aos outros setores e me inspirou para a forma de formar desde o receber.

Ao longo destes vinte anos de formada, estudantes sempre foram presença certa nos serviços que atuei, o Sistema Único de Saúde se apresenta como uma grande escola e a frase que me marcou e uso no meu cotidiano ao receber alunos e novos colegas segue fazendo muito sentido na minha trajetória.

A assistência em saúde em qualquer cenário, seja ele oficialmente de ensino ou não, é essencialmente um contínuo saber-aprendendo-ensinando.

Sem perder o conceito de experiência de Bondía, acredito firmemente na potencialidade que a forma de educar, ensinar/aprender tem na concretização das ações em saúde.

Diferentes modos de existir e enxergar a existência do outro na individualidade repercutem no agir coletivo das equipes de saúde seja como reforço positivo ou negativo sobre concepções dos direitos. Comumente a prática de violação dos direitos passa pelo que as pessoas acreditam ser o direito do outro, assim como defendem aqueles que se aproximam de suas “cartilhas pessoais” de direitos e não necessariamente se baseiam no que de fato é o direito estabelecido legalmente. Em cuidados em saúde ofertados à mulheres, principalmente em gestantes, talvez pela experiência de gestar ser muito comum ao corpo clínico da assistência, por desconhecimento ou infelizmente intencionalmente, o processo de agir/ensinando se repassa aos aprendizes sob o risco de distorção do papel de promotor e defensor dos direitos e sim por critérios pessoais.

Rememorando o início da minha vida profissional, em 2000, como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no interior do Espírito Santo fui uma aprendiz ‘maravilhada’, formada há sessenta dias e sedenta pela prática tão sonhada de ser enfermeira no interior fazendo visitas domiciliares e saúde pública no chão da vida, na troca de saberes que a vida real em comunidade nos permite vivenciar, vivi a imersão em Saúde Coletiva para além das propostas dos programas de residência à época, pois nenhum deles ofertava o convívio e atuação em zona rural e urbana e gestão municipal simultaneamente. Me descrevo aprendiz porque com dois meses de formada e nenhuma prática profissional ainda, o que eu tinha a oferecer era uma densa carga teórica, algumas horas de aprendizado “de como ser e como não ser” e muita disponibilidade para partilhar o acumulado até então e os conteúdos que

certamente se apresentariam essenciais na função a ser exercida.

Uma das experiências sobre ensinar/aprender que mais me ensinou e marcou foi a oferta de capacitação de ACS em prevenção de HIV e doenças sexualmente transmissíveis- DSTs (terminologia atualmente substituída por infecções sexualmente transmissíveis- ISTs), que inevitavelmente trazia a pauta das violências, dos direitos reprodutivos e aborto aos encontros. Pautas muito delicadas a serem abordadas com um grupo de distintos níveis de idade, escolaridade e ainda mais distintas, formas de condução de vida e tomada de decisões pessoais incluindo seu conjunto de crenças e valores morais com os quais diariamente visitavam as famílias do território correspondente ao qual estes também pertenciam como moradores.

Para além dos conceitos técnicos, dados epidemiológicos, e ilustrações com casos clínicos a serem discutidos, contidos no manual do Ministério da Saúde que dava base para as discussões, os encontros semanais com ACS foram oportunidade de reflexões sobre aspectos da vida privada que viriam à tona na ação cotidiana do trabalho que lhes estava proposto e imposto. Esta experiência vem a esta escrita pela maneira como ao decorrer das conversas a importância de atuar em saúde com o compromisso da garantia dos direitos das pessoas acima de suas questões pessoais, era evidenciada pelos próprios ACS conforme se apropriaram da pauta, refletiam sobre o impacto do processo de adoecimento das pessoas e o quanto sua forma de agir na profilaxia poderia reduzir os agravamentos e os índices das doenças.

As experiências pessoais dos ACS não deixaram de serem trazidas aos debates, algumas com exposição pessoal aberta ao grupo outras com relatos de pessoas próximas ou conhecidas, mas com a proposta e compromisso de que acolhessem as demandas e necessidades dos usuários baseados no direito de toda pessoa a ter acesso à cuidados em saúde, a pauta do “eu acho, concordo e discordo” gradativamente foi dando lugar à fala que oportuniza cuidado seguro, acolhedor e efetivo baseado em protocolos e recomendações clínicas, gerais e sobre direitos. Já nas sensibilizações com a mesma pauta ofertadas às categorias profissionais técnicas: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e dentistas a resistência às reflexões e mudanças de posturas e abordagem foram tantas que o ciclo de encontros não se concluiu.

Penso hoje como todo agir em formação profissional em saúde, passa pela pauta dos direitos humanos mesmo que intencionalmente a base da discussão não seja reconhecidamente esta. E como urge, intencionalmente, incluir a pauta dos direitos na base da formação profissional em saúde com vistas para além de formar defensores e cumpridores dos direitos, formemos profissionais que exerçam suas atividades cotidianas com base no ‘como ser’ já previstos nas bases do SUS- solidários, fraternos e coletivos.

Na abordagem de direitos humanos, penso ser indispensável aprofundar-se em pautas

como racismo, sexismo, e feminismo. Pautas caras, necessárias e desconfortáveis para o modo operante da formação tradicional que está posta em nossas instituições de ensino e que exigem dos professores, preceptores e profissionais de saúde a proximidade com contextos para alguns nunca experimentados, para alguns contextos vividos mas não experienciados no conceito de Bondía como “sujeitos da experiência”.

Em seu livro *Ensinando a transgredir*, bell hooks³ ao propor e desafiar-nos para uma educação como prática de liberdade, descreve sua experiência de docência baseada em uma pedagogia crítica feminista como uma forma de ensinar que gera muito mais tensão chegando até ao conflito, em sala de aula. No padrão de normalidade de ensino esperado para o curso de inglês ministrado por hooks, a inserção das pautas feministas, por vezes as de raça e classe, geravam nos alunos segundo a autora muito incômodo e reclamações, mas ao término de seus estudos a procuravam para relatarem o quanto aquele aprendizado tinha sido importante, “o quanto aprenderam”(HOOKS, 2017, p. 59).

Descreve ainda o quanto lhe custava perseverar na tentativa de formar em sala de aula uma ideia de “comunidade, com reconhecimento das vozes individuais” e produção de liberdade para os alunos falarem e responderem. O custo de não ser compreendida inicialmente em sua estratégia, a tornava não querida e alvo de críticas. hooks diz que abrir mão de ser aceita e de ter sucesso imediato em sala para enfrentar o desafio da mudança de paradigmas e compartilhar conhecimento é válido, apesar da tensão (HOOKS, 2017, p. 60).

Na continuidade deste trecho do capítulo intitulado *Abraçar a Mudança*, bell hooks(2017,60) traz o que me tocou profundamente e identifico como central na formação de profissionais de saúde para as mudanças que almejamos (sim, nós, eu e os que se afetam pela mensagem desta garrafa) no cenário de gestação, parto, nascimento e puerpério brasileiro. Ela descreve o dia em que uma aluno lhe disse que transformar a forma de olhar o mundo a partir das aulas de bell, enxergando através de raça, sexo e classe social gerava sofrimento, dor, “não conseguia mais curtir a vida”. hooks relata que aprendeu com os alunos que “é preciso praticar compaixão nesses novos contextos de aprendizado”. Compassividade de quem ensina para com quem aprende, forma transformando pelo afeto e exemplo.

Tanto a experiência vivida por bell quanto a experiência dos alunos me atravessam e resgatam memórias de duas posições que ocupei em sala de aula e que diante de pautas como as da classe de hooks me mobilizaram enormemente, doendo a alma, gerando desconforto profundo e dificuldade de curtir a vida, com o novo olhar que o aprendizado a partir da crítica

³ A autora feminista estadunidense que escolheu ter seu nome escrito em letras minúsculas.

gera.

Paralelo ao vínculo de enfermeira na ESF durante o dia, no primeiro ano de graduada, eu lecionava duas disciplinas em um curso noturno de ensino médio (EM) com formação em técnico de enfermagem. Tal formação se dava em uma escola pública localizada na cidade vizinha, por se tratar de uma zona rural a oferta de transporte público encerrava cedo e por isso era responsabilidade do município de origem oferecer o transporte para os alunos se deslocarem de uma cidade para outra e neste ônibus eu ia junto. Esta rotina de duas vezes por semana compartilhar além da sala de aula, o trajeto de ida e volta e os muitos lanches repartidos geraram uma proximidade ainda maior com alguns dos meus alunos.

A turma era composta por uma maioria de auxiliares de enfermagem já mais velhos, alguns idosos de formação muito precária de atendentes de enfermagem, com dificuldades sérias de se manterem acordados e também na leitura e interpretação dos textos, alguns jovens que também trabalhavam durante o dia e uns bem poucos jovens que cursavam o EM com formação técnica seguindo o fluxo de estudo sem interrupções, livres da obrigação de trabalharem durante o dia, e com acesso a informações e modos de pensar muito distintos dos mais velhos. Era um “corpo discente diverso”, como a turma de alunos de hooks (HOOKS, 2017, p. 59).

A pauta desconfortável que surgia e era ponto de conflito era sempre sobre classe. Não me recordo de termos debatido gênero, muito menos racismo. Eu não tinha o mínimo letramento à época para tal e nem associava os conteúdos de saúde mental que lecionava com a questão do racismo e gênero. Tratava-se de uma forma conteudista de lançar informações, sem aprofundamento, em 40 minutos de aula para um grupo muito cansado que estava ali para ascender miseravelmente no salário, uns poucos que desejavam concluir logo para trabalhar no hospital privado ‘bonito’, e os outros poucos que planejavam prestar vestibular e ingressar na faculdade.

Sobre as tensões e conflitos, se instalavam principalmente quando era necessário solicitartarefas próprias da formação, que exigiam o preparo fora de sala de aula e ainda tinham conceito incluído. As diferenças de modos de vida eclodiam na sala e as desigualdades sociais escancaravam-se. Entre os que trabalhavam a queixa era a falta de tempo, a necessidade de no fim de semana complementarem a renda, principalmente entre as mulheres mais velhas, quase todas negras. Entre os mais jovens que não trabalhavam, todas alunas brancas, a solicitação muito frequente era que os conceitos fossem dados a partir de trabalhos externos à sala e não provas. Hoje relatando esta vivência enxergo a interseccionalidade marcando as possibilidades e impossibilidades de acesso ao conhecimento.

Vivenciei discussões com ofensas e frequentes falas dos mais velhos de que não iriam prosseguir o curso. Com a pouquíssima experiência que tinha, conversava e tentava estimulá-los a se mesclarem em grupos que pudessem dar suporte uns aos outros e construírem trabalhos coletivos na biblioteca, disponibilizando tempos parciais das minhas aulas. Lembrava das vivências do meu pai que trabalhou desde criança e por isso a tarefa de conclusão dos estudos foi sempre concomitante ao trabalho. Tentava ao máximo construir pontes de compreensão entre realidades tão distintas, mas eu mesma não sabia abordar e a dor daquele contexto me consumia, era mais prático, menos conflituoso repassar conteúdo e refletir menos. Mas a inquietação pela mudança permanecia.

Como profissional anos depois em um curso sobre morte materna, vivenciei a dor da posição de aluna. Ao ser apresentada ao perfil das mulheres que mais morrem no Brasil por causas relacionadas ao período gravídico puerperal -pretas e pardas; sem companheiro fixo; pobres; baixa escolaridade; múltiparas e relacionar com as heranças da escravidão, injustiças normatizadas em solo brasileiro e as relações destas causas com aspectos a serem mudados urgentemente na sociedade, uma dor muito maior me atravessou e ainda atravessa. Olhar com crítica, aprender as quebras de paradigmas como patriarcado, meritocracia e o mito da democracia racial, como diz hooks, “há uma certa dor envolvida no abandono das velhas formas de pensar e saber e no aprendizado de outras formas” (HOOKS, 2017, p. 61).

Por isso a “compaixão” de bell me tocou tanto. Eu preciso dela nos espaços que circulo como aluna, aprendiz de coisas tão duras sobre a violação dos direitos das mulheres, para poder chorar enquanto escuto estes conteúdos, me indignar e aceitar a dor que me atravessa diante das perversidades até que alivie e me sinta mais fortalecida para enfrentar os desafios das mudanças. Também preciso da compaixão para acolher os aprendizes que passam por mim cotidianamente e com os quais muitas vezes ao compartilhar informações de pautas que doem muito como o racismo e as iniquidades que gera nas mulheres que acolhemos inclusive em nós, eles sentem a dor e diante de tamanha mobilização paralisam, preferem outras pautas técnicas e pragmáticas, ensino sobre procedimentos clínicos que não aprofundam mazelas que fazem sofrer.

Acredito que a compaixão se fazendo presente, percebida e estimulada desde a formação dos profissionais de saúde diante de pautas leves e principalmente das pautas duras, auxiliará muito na formação de humanizados humanizadores para o cenário da assistência perinatal e em todo campo da saúde e relações humanas. O acolhimento tão preconizado aos usuários do SUS precisa ser ensinado na prática diária desde a academia, nas relações entre formadores e formandos, para não deformarmos mais as relações de cuidado.

Mas o entusiasmo pelas ideias não é suficiente para criar um processo de aprendizado empolgante. Na comunidade da sala de aula, nossa capacidade de gerar entusiasmo é profundamente afetada pelo nosso interesse uns pelos outros, por ouvir a voz uns dos outros, por reconhecer a presença uns dos outros. Visto que a grande maioria dos alunos aprende por meio das práticas educacionais tradicionais e conservadoras e só interessa pela presença do professor, qualquer pedagogia radical precisa insistir em que a presença de todos seja reconhecida (HOOKS, 2017, p. 18).

Bell hooks nos convida convocando através da beleza e profundidade de sua pedagogia libertadora, muito inspirada em Paulo Freire⁴, a olharmos a diversidade como desafio à prática de ensinar bem nas diferenças dando valor a voz de cada um, todos ouvirem as vozes de todos, um de cada vez, uma sala de aula, um espaço de formação, seja qual for, de respeito a cada pessoa (HOOKS, 2017, p. 58).

Me empresto de sua escrita para inspirar ao movimento de formação afetuosa e implicada na mudança das formas duras e distanciadas de ensinar nos cursos de saúde. Além de inspirar para o abraço à mudança da nossa consciência de divulgadores de informações para incentivadores de reflexões e práticas que combatem e reduzem toda forma de desumanidade em todos os níveis de formação para a área da saúde.

O multiculturalismo obriga os educadores a reconhecer as estreitas fronteiras que moldaram o modo como o conhecimento é partilhado na sala de aula. Obriga todos nós a reconhecer nossa cumplicidade na aceitação e perpetuação de todos os tipos de parcialidade e preconceito. Os alunos estão ansiosos para derrubar os obstáculos ao saber. Estão dispostos a se render ao maravilhamento de aprender e reaprender novas maneiras de conhecer que vão contra a corrente. Quando nós, como educadores, deixamos que nossa pedagogia seja radicalmente transformada pelo reconhecimento da multiculturalidade do mundo, podemos dar aos alunos a educação que eles desejam e merecem (HOOKS, 2017, p. 63).

⁴ Educador brasileiro. Patrono da educação brasileira.

2 SE O PARTO É HUMANIZADO, POR QUE AS MULHERES AINDA SENTEM MEDO?

Neste capítulo intento descrever encontros, marcados e ocasionais, e alguns ‘evitáveis’ desencontros que não pude evitar na assistência à saúde das mulheres e seus acompanhantes. Ocorridos nos cenários consolidados de cuidado em saúde mas também refletidos a partir da experiência inusitada em espaço consolidado de oferta de cuidado ‘humanizado’ à grávidas não humanas, busco conversar a partir da categoria da humanização das práticas em saúde, sobre pessoas e suas práticas na atenção pré-natal, parto e puerpério.

Discutidas a partir do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), da Política Nacional de Humanização(PNH) passando pelo Guia Prático para Assistência ao Parto Normal da OMS/1996, trago as minhas impressões destes encontros e desencontros conversando com as constatações e recomendações do maior inquérito sobre parto e nascimento realizado no Brasil, a pesquisa Nascer no Brasil.

Início com a inquietação sobre: saúde de gente é ‘Humanas’ e encerro com a certeza que toda relação humana mediada por qualquer tipo violência desumanizou-se, este capítulo resgata a importância de “definir o sujeito da experiência como sujeito passional não significa pensá-lo como incapaz de conhecimento, de compromisso ou ação”(BONDÍA, 2002) e convida à experiência de expor-se às emoções trazidas aqui e comprometer-se na ação pela garantia dos direitos humanos de todos os humanos.

Há um possível consenso nas ciências humanas que as construções e valores sociais podem ser também desconstruídos por estarem sempre passíveis de transformações culturais. Tudo que a humanidade criou, pode-se mudar. É nessa premissa que temos como esperança que nós enquanto sociedade estejamos aptos para o exercício de rever a forma como as mulheres-mães são tratadas. Como entender uma sociedade que não respeita o direito reprodutivo de uma mulher? (OLIVEIRA, 2019, p.20).

2.1 A Falsa Escolha de Sofia: Não Seria a Biologia/Saúde uma Ciência Humana?

Ao longo do ensino médio em todas as oportunidades de testes vocacionais, conversas sobre o futuro e possibilidades de carreira- eu queria trabalhar cuidando de gente, lembro-me das muitas perguntas não respondidas, quando no 2º ano do EM, a orientadora educacional apresentou as três opções de segmento escolar correspondente ao 3º ano do EM que deveríamos escolher: Exatas, Biológicas ou Humanas. O espanto que talvez tenha se tornado questionamento por anos, era: -Eu quero trabalhar com gente e isso é Humanas, mas cuidar

na saúde é Biológicas?!! As dúvidas sobre o que aquela escolha determinaria no meu futuro, tinham a ver com a vontade de estudar disciplinas como sociologia, história e filosofia sem deixar de lado a preferida: biologia. Na lógica curricular não cabiam os três desejos, e a escolha era necessária.

A meta a ser alcançada ao término do ano seguinte era passar no vestibular, o ano era 1994 e as questões sobre “Humanas, Biológicas e humanos-gente” apesar de não serem resolvidas foram suprimidas pela prioridade de aprofundar-se em química, física e biologia, as específicas para aprovação em meu curso de escolha.

Já na graduação as disciplinas do ciclo básico da formação em saúde pautados na fragmentação do corpo eram paradoxalmente (e complementarmente) ministradas paralelamente às disciplinas de introdução aos pilares da enfermagem, com abordagem sobre a integralidade da pessoa a ser cuidada, suas necessidades a serem supridas além do processo de doença/cura. Apresentada ao conceito de saúde da OMS - “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” no contexto de discussões sobre saúde e comunidade, o cuidar de gente ganhava ainda mais sentido. Constatar a impossibilidade de ofertar este cuidado de forma dissociada da condição social e histórica do indivíduo e da coletividade onde está inserido era como ser reconectada às perguntas do ensino médio: Como a área da saúde não é Humanas, se é sobre humanos o tempo todo ? Alguma grande área de conhecimento não é de Humanas?

Evidentemente os conceitos e justificativas para as diferenciações das áreas de conhecimento foram sendo “entendidas” ao longo dos anos, mas sempre a inquietação sobre a questão da aplicação e uso das palavras especificamente em alguns contextos dando a possibilidade de exclusão do seu sentido primário em outros. As Humanas se aplicam a toda linha de estudo, são humanos estudando e em constante formação para permanência, aperfeiçoamento e continuidade de sua própria humanidade. Afinal não são estas as motivações mais alimentadas em nós ao longo da vida, manutenção da vida e qualidade dela? Humanidade que em mim reverbera como: gente, gente com toda sua complexidade desconhecimentos e desconhecimentos de si mesmo e do outro, mas com possibilidade de aprendizado e reformulação de padrões, de mudanças, como refletido na citação de Oliveira (2019) que “ tudo que a humanidade criou, pode-se mudar”, inclusive as práticas desaconselháveis de assistência em saúde ofertadas às mulheres infelizmente cotidianas na nossa realidade.

Um dos conceitos mais necessários e controversos que convivo ao longo destes vinte e dois anos como enfermeira, é a aplicação e justificativa da humanização de humanos que cuidam de humanos- gente que cuida de gente. “No campo das políticas de saúde

‘humanização’ diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de gestão nos sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si” (EPSJV, 2009, p. 242).

2.2 Uma Feliz Confluência de Sonhos: o Nascimento da PHPN e da minha Trajetória na Saúde

O ano que inicio a minha trajetória profissional coincide com o marco político da humanização do parto. Lançado em 1º de junho de 2000 pela Portaria nº 569/MS, o PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde (MS) a fim de incrementar, fortalecer e incentivar iniciativas já exitosas de cuidado à gestantes, recém-nascidos e puérperas pautadas no direito ao acesso e garantia de assistência segura, respeitosa e de qualidade no ciclo gravídico puerperal.

Além de atender em âmbito nacional à demandas acumuladas de revisão e qualificação da assistência obstétrica de acordo com a realidade nacional evidenciada pelas ações do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher) criado em 1984, que marcou-se politicamente à época como o programa voltado à saúde da mulher em suas especificidades de forma integral, com recomendações de organismos internacionais e sobre boas práticas, diante de índices elevados de morbidade e mortalidade materna e fetal. O PHPN tinha como prioridade máxima reduzir a morte materna, perinatal e neonatal no país (BRASIL, 2002). “Com mais esta iniciativa o Ministério da Saúde busca a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal” (BRASIL, 2002).

O programa englobava entre seus princípios e diretrizes desde recomendações clínicas assistenciais e de funcionamento dos serviços de saúde na especificidade obstétrica e rede de suporte até a gestão dos recursos com previsão de financiamento específico de etapas de cuidado do pré-natal até o puerpério, níveis de responsabilização das ações programadas correspondentes a cada ente da federação, além de incluir custeio de formação de enfermeiros obstétricos com investimentos nas unidades de atuação e capacitação de parteiras tradicionais.

Ao município participante do PHPN será disponibilizado um sistema informatizado (Sisprenatal) que deverá ser alimentado sistematicamente com informações sobre as gestantes. Os dados constantes no sistema possibilitarão a emissão de relatórios gerenciais sobre a assistência obstétrica para os gerentes das unidades de saúde que atendem às gestantes, para os gestores municipal e estadual e possibilitará, ainda, a formação da Base de Dados Nacional do Sisprenatal (BRASIL, 2002).

As etapas administrativas necessárias para a adesão do município no qual eu trabalhava ao PHPN foram concretizadas em conjunto com os municípios vizinhos que compunham a regional de saúde correspondente e esta prática compartilhada e supervisionada pela superintendência regional de saúde através de um trabalho colaborativo e realmente compartilhado desde os seus detalhes mais simples aos mais complexos. Considerando os bastidores políticos e partidários envolvidos, que geralmente implicavam em alta rotatividade de secretários de saúde, sub-secretários, coordenadores de programas e equipes de estratégias de saúde da família entre cidades pequenas, esta forma de caminhar e garantir efetividade das ações previstas no PHPN era muito potencializadora da gestão local e protetiva dos planos de ação local firmados nas reuniões regionais e da bipartite.

Experientiar de forma muita imersa a elaboração, planejamento, implantação, ação e avaliação do PHPN em nível local nos dois primeiros anos de formada foi uma das maiores realizações profissionais que vivi. Era sempre um misto de ser presenteada com um desafio imensurável de gestão, assistência e de vida que não imaginava vivenciar com tantas oportunidades de uma só vez com um medo proporcional ao desafio de não conseguir cumprir tudo que as legislações que eu lia e relia “garantiam” ser possível para o cuidado integral da saúde da população no SUS. Quando escrevo ser presenteada, é o sentimento que tenho ainda hoje. Ali era o trabalho, meu primeiro emprego, e tornou-se um tempo e lugar de aprendizado e satisfação profunda pelas relações de afeto e compromisso que se estabeleceram compassoas alinhadas com o desejo e o fazer cotidiano de construção e efetivação do SUS na prática, na vida simples do dia a dia. Claro que dentro das limitações estruturais da localidade e das competências técnicas de cada um (por vezes fora também) e a partir da potência criativa de gente que exerce função social ainda que não necessariamente profissão reconhecida, com pertença e responsabilidade coletiva pelo bem estar de todos.

Tinha 23 anos quando assumi este emprego, embalada por sonhos de transformação de realidades adversas à condição de vida abundante em saúde (no ideal OMS) aliada à disseminação do conhecimento de noções básicas de cuidado em saúde, como auto conhecimento corporal e acesso à informação para tomada de decisões seguras a respeito de formas de produzir e reproduzir vida pra si e para outros. A junção de juventude, oportunidade

legitimamente dada pelo vínculo trabalhista, amigos de trabalho que sonham e militam as mesmas utopias (para os outros) realísticas e retaguarda política e da comunidade local foi o solo fértil para alimentar as sementes plantadas em mim de que o escrito e publicado em diário oficial da União, do Estado e do município eram realmente executáveis e ainda podiam ser aperfeiçoados com a participação popular e representatividade social efetiva e afetiva.

Estes ideais e reais sonhados e plantados coletivamente, germinaram, produziram frutos, uns duradouros outros tão pequenos que não amadureceram suficientemente para serem colhidos. O aumento significativo da cobertura pré-natal tanto nas zonas rurais quanto no perímetro urbano, a garantia de acesso aos exames de rotina pré-natal em tempo oportuno, ampliação de rede especializada para suporte ao pré natal de alto risco gestacional através do consórcios intermunicipais de saúde previstos no plano regional do PHPN que também incluía a atenção ao parto de todas as municipais, já que à época não havia maternidade no município, as realizações de visitas domiciliares e acompanhamento do recém nascido. Tudo isso, sem dúvidas exequível devido em grande parte ao trabalho dos agentes comunitários de saúde.

O PHPN efetivou-se a partir da capilarização das tomadas de decisões sobre o como fazer aquela realidade com que diretrizes no papel tornassem-se práticas reais em permanente aperfeiçoamento de acordo com a transformação gerada e reconhecida pelos indicadores de monitoramento, os diferentes atores, suas particularidades e saberes múltiplos foram essenciais para esta efetivação. Secretariado, grupo técnico, conselho municipal de saúde, em conjunto com representantes das secretarias de educação, assistência social e transporte formavam esta multiplicidade para execução de ações concretas de garantia dos direitos das mulheres grávidas de acessarem cuidado em saúde de qualidade. Tal garantia dada às mulheres abriu portas de acesso aos serviços e políticas públicas de cuidado que geram cascatas de conhecimento, apropriação e uso devido dos direitos previstos nas legislações e tão distantes do cotidiano das pessoas.

[...] a humanização produz-se como um movimento institucional, político, ético e afetivo (entendendo afeto como efetivação de uma potência coletiva, uma força de composição que dá liga entre corpos) engajado com a tarefa de fazer viva a aposta coletiva no SUS, mediante participação e comprometimento de todos os sujeitos e coletivos com seu próprio processo de construção (BRASIL, 2014, p. 11).

Mais uma vez desconsiderar a estrutura local para medir ou exigir atuação coerente do trabalhador com as recomendações de boas práticas de assistência em saúde é desonesto, gera culpa, frustração e desmotivação entre os profissionais e executores da tarefa. Dentre as dificuldades que contribuíram para frutos pequenos e imaturos, estava exatamente a

infraestrutura insuficiente dos serviços de saúde em âmbito municipal e regional, para abrigarem as propostas de melhorias do PHPN e permanência delas. Além de historicamente serem utilizadas como palanque eleitoral de dois em dois anos para alavancar majoritariamente carreiras partidárias descomprometidas com as pautas do SUS seja por desconhecimento ou por interesses distantes dos sonhos de gente, acordada e alerta, que sonha e realiza enquanto anda na vida e se dispõe a fazer acontecer o SUS cidadão, universal, gratuito e humanizado no chão do SUS real, ainda se humanizando.

Como palanques estes espaços sofriam (e sofrem em todo território nacional) em sua estrutura física, organizacional e de recursos humanos, além da alta rotatividade das lideranças com a constante construção-desmonte-reconstrução de planejamentos, que repercutem na credibilidade das instituições, das pessoas e dos vínculos estabelecidos com usuários. Estes ‘palanques arranjados’ iludem os usuários sobre a melhor qualidade de saúde privada(suplementar) que apesar da mesma rotatividade, mas menor interferência eleitoral, mostra “constância estética”- paredes pintadas, quadros decorativos, trato mais personalizado e “educado”, uma humanização de vitrine, estética, e externa. Mas nas práticas do cuidado em saúde muitas vezes não se alinham com os ideais de humanização que derivam da origem do SUS na Constituição Cidadã 1988, igualando-se na vida real do setor público ainda com práticas desaconselháveis.

Art 2º d - toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II desta Portaria; ANEXO II- PRINCÍPIOS GERAIS E CONDIÇÕES PARA A ADEQUADA ASSISTÊNCIA AO PARTO -A humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Receber com dignidade a mulher e o recém-nascido é uma obrigação das unidades. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não-intervencionistas (BRASIL, 2000).

O termo “humanização” ganhou ênfase e peso de determinação ministerial. Agir de maneira “humana” passa a ser previsto e preconizado com força de portaria. Lembro-me de incontáveis debates que participei (ou só presenciei) e de tantas discussões sobre o considerado "exagero" por tantos profissionais sobre a massiva abordagem sobre humanização em todas as áreas de oferta de cuidado em saúde, partindo do pressuposto que reforçar a importância de prática humanizada era afirmar que o agir humano/profissional em obstetria era *desumano*. As reações eram prontamente de autodefesa, argumentação de que a forma como se referem os textos, recomendações e publicações sobre o tema, soavam como acusações de atos *desumanos*. Inúmeras vezes a “humanização” da conversa era questionável, principalmente

quando os debates se davam entre profissionais mais velhos e de formação médica com mais jovens e de outras formações, incluindo as não biológicas.

[...] na gênese do conceito de ‘humanização’ há uma tomada de posição de queo homem para o qual as políticas de saúde são construídas deve ser o homem comum, o homem concreto. Deste modo, o humano é retirado de uma posição padrão, abstrata e distante das realidades concretas e é tomado em sua singularidade e complexidade. Há, portanto, na gênese do conceito, tal como ele se apresenta no campo das políticas de saúde, a fundação de uma concepção de ‘humanização’ crítica à tradicional definição do humano como ‘bondoso, humanitário’ (Dicionário Aurélio). Esta crítica permite argüir movimentos de ‘coisificação’ dos sujeitos e afirmar a aventura criadora do humano em suas diferenças. ‘Humanização’, assim, em sua gênese, indica potencialização da capacidade humana de ser autônomo em conexão com o plano coletivo que lhe é adjacente (EPSJV, 2009,p.244).

Não foram poucos os momentos de desgaste e adiamento de tal pauta em treinamentos, reuniões e conversas formais e informais. A palavra humanização aplicada ao cotidiano de trabalho nos primeiros anos de minha prática profissional me renderam aprendizados duros e muitos recuos sobre implementação do programa. Uma das estratégias que fui aconselhada por um médico bem mais experiente no trato diário com equipes multiprofissionais foi a de substituir o termo por “assistência mais sensível”, o que realmente facilitou a comunicação. Curioso que os três primeiros anos da minha prática profissional se deram em uma cidade de aproximadamente onze mil habitantes de ocupação principal basicamente rural e foi em uma destas propriedades rurais que vivenciei uma experiência de prática ‘humanizada’ de parto e nascimento curiosamente não humana.

2.3 Pérolas aos Porcos, Tudo Bem! Às Mulheres Ainda Mais!

Ao considerarmos hoje as formas de cuidados oferecidos aos animais, sejam eles de estimação; para prestação de serviços(cães-guias por exemplo); para consumo; para exposição e até mesmo os livres na natureza, é inconcebível tolerar práticas que não oferecem o bem-estar animal ou que deliberadamente geram maus-tratos e sofrimento. Ainda que questionado sobre o que é "bem-estar animal" na relação de reprodução para abate, por alguns grupos da sociedade, as normatizações para espaços de cuidado, criação, comercialização de animais, apresentam regras rigorosas de manutenção do bem-estar animal. Inclusive os espaços de reprodução, as maternidades têm diretrizes para funcionamento baseadas em práticas que minimizem ao máximo o estresse das matrizes e assegurem o conforto adequado para boa

produção e melhor desempenho (BRASIL, 2018).

Para todas as formas de vida animal, considerando humanizar como maneira respeitosa de trato, aplica-se certo encantamento pelo processo de nascimento. Vídeos, fotos e relatos de experiências de nascimento no mundo animal não humano despertam curiosidade, admiração, e posterior naturalização e obviedade da capacidade da mãe em parir um ou vários filhotes, associando muitas vezes ao fato da natureza ser ‘perfeita’. Observo nos processos de parição humana comumente o contrário: espanto, uma leve (ou não leve) reprovação e posterior referência de que algo extraordinário aconteceu, uma mãe pariu um ou mais filhos, apesar de não parecer nada natural e muito menos ‘perfeito’.

Estas reações me alertaram, bem no início da carreira de enfermeira, sobre o distanciamento das mulheres e dos serviços de saúde do processo fisiológico de parição. E a experiência na assistência ao parto de suínos mostrou-me que os animais recebiam suporte de boas práticas de cuidado, tecnologias de cuidado para parirem e nem por isso perdiam seu reconhecimento de alinhados com a perfeição da natureza.

Tratava-se de uma propriedade de reprodução e criação de suínos que rotineiramente eu frequentava nos fins de semana e parecia com tantas outras que visitava com a equipe de ESF e ACS para oferta de cuidados em saúde e campanhas de imunização. Em um destes fins de semana, acompanhei o responsável e cuidador no setor de maternidade da fazenda. Um espaço que eu jamais imaginaria existir da forma que conheci. As porcas reprodutoras em dias de proximidade do parto eram transferidas dos espaços coletivos para cercados individualizados com uma espécie de grade para apoio do corpo sem o risco de se lesionar; controle de temperatura ambiente e de luz; controle de ruídos para reduzir o estresse, o que incluía uso de botas de borracha para não produzir ruído. Em alguns momentos tinha até música ambiente, além de forração especial do solo, massagens e toques leves e gentis. Toda conversa era mínima e sempre em voz muito baixa, se possível sussurrando.

Os cuidados humanizados estendiam-se ao nascimento e cuidados dos leitões recém nascidos. Os manejos dolorosos como corte de dentes(necessários para proteção das tetas da matriz), corte de cauda e identificação seguiam as recomendações de menor dor possível e manutenção da amamentação, conforto e vínculo de mãe e filhote a fim de garantir nas primeiras horas de vida o bem estar animal que repercute positivamente até a vida adulta. Similaridade na recomendação de cuidado com outro mamífero que conhecemos?

Participei durante uma tarde inteira e noite adentro do nascimento e cuidado de dezesseteleitões. Emocionada, surpresa, deslumbrada e por vezes indignada com a inevitável comparação que gritava dentro de mim o tempo todo com os espaços de assistência ao parto e

nascimento de humanos que vivenciei nos anos anteriores, na maioria das vezes completamente *desumanos* e *desumanizadores* de quem recebe e de quem dá o cuidado, na lógica instalada da assistência obstétrica brasileira. As estruturas que a abrigam, se dão no interior de relações verticalizadas de decisão que se restringiam ao querer médico, ignorando a competência “racional” das fêmeas humanas que pariam, e diferente da outra mamífera, que assisti parir, esta a irracional, não usufruíram de práticas humanizadas e respeitosas.

Mas a vivência de experiências negativas durante o período de pré natal, parto e puerpério não ficaram nos anos passados, as mulheres que regularmente eu acompanhava nas visitas domiciliares no puerpério, relatavam frequentemente as naturalizadas formas *desumanas* que foram atendidas por diferentes categorias profissionais e infelizmente muitas consideravam aquelas práticas como “normais”. Tempos depois, tive a desagradável surpresa de conhecer, por acaso, um desses médicos *desumanos* com humanas que era proprietário de uma maternidade ‘humanizada’ para suínas. Ironia ou escolha consciente, a conversa dele era leve, envolvente e consciente da importância da humanização das práticas obstétricas, mas sua teoria só se aplicava aos corpos que geravam lucro e alto lucro a partir da reprodução humanizada e segura, os corpos suínos.

Após o término da profunda experiência de assistência à parturição mais humanizada quetinha vivido até então, em conversa com meu amigo cuidador e proprietário da fazenda, falei das minhas angústias sobre tudo que vivi. Chorei, agradei a chance de ver que era possível cuidar na prática da forma que na teoria tinha sido ensinada e estimulada por minhas professoras inspiradoras, imaginando a adequação dos cenários que percorri em campos de estágio em lugares de prática humanizada para as fêmeas-gente, humanas.

Depois de muito me ouvir, ele reforçou a realidade concreta da humanização de maternidades suínas adequadas à exigência do mercado consumidor. Com muitos dedos e se esforçando para não desconstruir de uma só vez minhas utopias, alertou-me do desprezo do bicho homem por bicho que não rende lucro. Conversa dura, doída para uma recém formada cheia de sonhos e ideais de práticas de enfermagem obstétrica baseadas no respeito à mulher e seu protagonismo no parto geradora de experiência positiva e boa memória.

Aprendi muito ao longo da convivência com esta família cuidadora de diferentes animais em seus processos de reprodução. Além dos suínos de granja, possuíam suínos caipira que viviam soltos na fazenda, e bovinos, equinos, caprinos, aves e cães, é claro. Sabendo da minha paixão pelos processos de gestação e parto sempre que tinham oportunidade, me permitiam participar destes momentos na fazenda e a maneira respeitosa e igualmente cuidadosa que cuidavam dos animais que não eram destinados ao comércio e abate, os de

produção de alimento, serviço e estimação, me inspiraram e fizeram questionar se realmente o bicho homem tem desprezo pelo bicho que não dá lucro. Eles eram a prova de que humanos humanizados para todo tipo de bicho existem, tanto bicho-homem quanto bicho-bicho, sim, existimos! Nem todo bicho homem é *desumano*, ao contrário disso a humanidade em sua maioria vive buscando maneiras de humanizar-se e rever-se em suas práticas desumanas é mais ordinário que nos aparece no dia a dia de relações por vezes tão hostis.

Alguns anos mais tarde assisti um programa de TV sobre vida rural e um episódio inteiro dedicado à prática humanizada em reprodução suína e bovina. As técnicas e práticas que vivenciei já haviam sido aprimoradas, recomendações ainda mais rígidas de garantia de bem-estar animal antes, durante e após o parto eram preconizadas e estendiam-se ao modo de transferência de recém-nascidos para o setor de creche após desmame e transporte para novos locais de crescimento ou comercialização. A fala sobre garantir que o animal não sinta medo durante o processo e a necessidade de que a relação cuidador/ animal seja permeada de confiança para evitar estresse e dano no parto e amamentação, me fez chorar novamente. A mensagem da reportagem que ficou ecoando : ausência de medo nas matrizes. Tocou-me profundamente.

Nesta época já estava de volta ao Rio de Janeiro, atuando diariamente na atenção pré-natal, grupos de gestantes e rede de apoio, estimulando mulheres a se conhecerem e conhecerem seus direitos; a identificarem e reconhecerem suas vontades e desejos na gestação ainda que tivessem passado por experiências negativas de partos anteriores ou a partir dos relatos de outras mulheres desacreditassem da possibilidade de ter o momento do nascimento de seu filho e desfecho de gravidez respeitoso, seguro e humanizado.

Falei deste episódio de TV com vários colegas de trabalho, alguns compreendiam e solidarizavam com a angústia que me inquietava e refletiam, outros aconselharam me fixar em fazer o pré natal bem feito que era a “minha parte”. O parto era responsabilidade do plantão, e se eu continuasse a sofrer tanto pelo que acontecia em outro setor, não resistiria aos muitos anos que ainda tinha pela frente. Ainda teve quem se indignou com o fato de eu estar comparando mulheres aos porcos, espantei-me com tal interpretação, debati, insisti que não era sobre as porcas e as mulheres no mesmo lugar ou mesma lógica de cuidado e sim sobre a resistência dos humanos em reconhecer a desumanização que nos acometia como profissionais a ponto de tornar-se refratário às práticas humanizadas de cuidado obstétrico recomendadas à gente humana e às tão similares quando recomendadas aos animais não humanos, serem apreciadas e incentivadas prontamente.

Nas três diferentes formas de reação que descrevi acima, todos os colegas foram

unânicos em reforçar a importância do bem estar animal, vindo a fala inclusive da qualidade superior da carne a ser consumida. O bem-estar animal é indiscutível e é para ser exigido em todo cenário de atividade pecuarista em todos os países, não é este o centro da questão desta minha memória no contexto da humanização. Reflito nesta escrita a não prontidão em defesa e exigência das mesmas práticas humanizadas e humanizadoras na assistência prestada às mulheres. Por que o bem estar de mulheres é ainda determinado/submetido ao domínio/poder do bem estar profissional prioritariamente? Por que mesmo com “discurso humanizado” e arcabouço teórico ampliadíssimo, publicado sobre o tema e acessível e incentivado nas instituições, atualmente até na formação (graduação) a ação concreta das equipes ainda segue tão *desumanizada*?

De quem ou de que se fala quando se identifica clínica ou práticas degradadas porque supostamente desumanas? Trata-se da desumanidade de certos homens que cumprem mal suas tarefas profissionais? Se assim se formula o problema, coloca-se a embaraçosa tarefa de “humanizar humanos” como se alguns destes homens fossem menos humanos. Neste caso, haveria comprometimento com a insustentável tese de uma humanidade gradativa ou da existência de graus de humanidade. Certamente, é mais prudente supor que as práticas de saúde condenáveis são menos determinações de certos homens do que efeito de condições precarizadas de trabalho e de modelos de atenção e de gestão descompromissados, obsoletos e incompatíveis com a missão do SUS. É neste sentido que se quer dar uma definição positiva – e não mais negativa – à humanização da saúde: humanizar não como o contrário do desumano ou inumano, mas humanizar como a construção das condições de emergência de trabalhadores e usuários protagonistas, autônomos e corresponsáveis (PACHE, 2011, p. 4545).

Evidenciei novamente o quanto o ambiente hostil em seu conjunto de falhas e deficiências estruturais, da gestão até a clínica, nos desumaniza pouco a pouco. Nos faz construir muros inclusive de auto defesa diante de hostilidades, danos concretos e repetidas violências sutis e escancaradas que presenciamos no cotidiano do trabalho. Trabalhadores tornam-se engrenagem dura e fria, talvez por terem sido tão atravessados na experiência negativa, resgatando o conceito de Bondía, e uma vez atravessados por dores, tornaram -se os sujeitos “erguidos, inatingível” que ele cita, in-dobráveis, rígidos demais para dobrar-se aos novos atravessamentos que podem ser ressignificadores da experiência.

Ao longo dos anos as experiências exitosas de efetivação de práticas humanizadas multiplicaram-se, conheci e convivi com inúmeros sujeitos classificados por Bondía de “alcançável, tombado, ex-posto”. Chamo estes de dobráveis, permitiram-se a revisão de práticas sedimentadas pelo conhecimento à época e os ensinamentos recebidos aplicados durante anos como aparente boa prática. Reaprenderam e reconstruíram seus formatos de cuidar diante das atualizações dos protocolos, diretrizes e normas a partir da humanização.

Sejam os dobráveis ou os rígidos a serem considerados quanto às suas práticas e agir no cuidado em saúde, a estrutura organizacional do serviço no qual estão inseridos não pode ser desconsiderada para qualquer tipo de análise ou avaliação de desempenho de trabalhadores.

A humanização se singulariza na experiência de cada serviço e equipe e, assim, não haveria uma só experiência de humanização igual à outra, senão naquilo que tomam por referência, ou seja, método e diretrizes ético-políticas, que ganham forma e expressão na singularidade da experiência (PACHE, 2011, p. 4544).

Toda orientação durante a formação de profissionais de saúde segue a premissa de personalização do cuidado buscando ao máximo a construção de plano de cuidado terapêutico a partir da realização da anamnese detalhada com escuta ativa e interligada às queixas trazidas na conversa e às percepções de fragilidade no autocuidado mesmo não verbalizadas pelo paciente. A escuta associada à observação de semblantes, posturas, condições de pele, respiração, percepção de segurança ou medo e formas de expressar-se são maneiras de qualificar os atendimentos em saúde desde sempre. A experiência de atender com singularidade não se inaugura com as publicações de recomendações de práticas ‘humanizadas’.

2.4 Da humanização verticalizada à política das relações horizontalizadas

Assim, ao ser proposto como política pública, o conceito de ‘humanização’ se amplia, por um lado, incorporando concepções que procuram garantir os direitos dos usuários e trabalhadores e, por outro, apontando diretrizes e dispositivos clínicos-políticos concretos e comprometidos com o SUS que dá certo (EPSJV, 2009, p. 247).

Não é a partir da Política Nacional de Humanização (PNH) exatamente que o termo humanização se difundiu. As recomendações de práticas em saúde que já cunhavam o termo humanização, anterior à formulação da PNH e sua publicação eram ordenadas institucionalmente por programas como os de humanização do parto, da criança, da assistência hospitalar. Nos moldes da verticalização das ações, tinham por características a baixa transversalidade, pouca eficácia de ativar redes de concretização para mudanças de práticas, um controle de ações a partir dos incentivos e cumprimento de metas e resultado homogêneos que limitavam a adequação dos modos de fazer nas realidades onde eram aplicados e não estimulantes à operacionalização sustentável das mudanças preconizadas por reduzirem a “capacidade criativa da ponta do sistema, da periferia” (PASCHE, 2011, p. 4544).

A PNH foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde a fim de, como política do SUS,

enfrentar os problemas e desafios que permaneciam ativos(ainda permanecem) na implementação concreta dos ideais do SUS de sociedade mais justa e solidária a partir de valores como controle social, democracia direta, universalização dos direitos, acolhimento, a inclusão do cidadão como sujeito. Não reduzindo a usuário e ainda propondo-se como estratégia de reconhecimento das práticas de cuidado e gestão que acontecem no cotidiano do SUS o “SUS que dá certo” apontando-as como inspiração para mudanças concretas no fazer saúde e produzindo como refere o autor “reencantamento do concreto” (PACHE, 2011, p. 4543).

[...] a PNH, emerge da convergência de três objetivos centrais: (1) enfrentar desafios enunciados pela sociedade brasileira quanto à qualidade e à dignidade no cuidado em saúde; (2) redesenhar e articular iniciativas de humanização do SUS e (3) enfrentar problemas no campo da organização e gestão do trabalho em saúde que têm produzido reflexos desfavoráveis tanto na produção de saúde como na vida dos trabalhadores (PASCHE, 2011, p. 4542).

Pache (2011) apresenta ainda a PNH como uma “política para reinventar modo de gerir e modos de cuidar” que de acordo com os ideais descritos anteriormente, apoia-se em três princípios inseparáveis: “a transversalidade de saberes, poderes e afetos” entre sujeitos e serviços, o que promove maior comunicação e trocas de planos de cuidados comum sem deixar de observar as especificidades e atendê-las a partir de rede de relações; “a inseparabilidade entre gestão e atenção” pois são interdependentes para as ações propostas e a “aposta no protagonismo dos sujeitos” que se relacionando provocam entre si desejos de mudança e corresponsabilização (PACHE, 2009, p. 704; PACHE, 2011, p. 4544).

Campos (2005) descreve que a partir dos princípios somente abstratos da humanização, há o risco das discussões tornarem-se apenas confrontos ideológicos ao mesmo tempo que ressalta a importância de princípios e diretrizes para tornar as utopias em ações realizáveis no campo operacional do SUS, alertando que sem concretude pode a humanização reduzir-se a confronto de valores apenas. Diante da complexidade das diretrizes e princípios da PNH, o autor afirma sua aposta na humanização como conceito, porque o termo fala diretamente sobre seres humanos e na contemporaneidade as pessoas têm sido esquecidas. Mas contextualiza que a operacionalização da política é centrada em ações humanas e suas relações individuais e institucionais que estão sob interferências das relações de poder estabelecidas, políticas econômicas instaladas, além dos valores pessoais dos sujeitos e mudanças destes, caso não sejam alinhados com a defesa da vida em primeiro lugar.

Pache (2011) apresenta como diferenciação da PNH de outras políticas a inclusão dos diferentes sujeitos como protagonistas na construção dos arranjos e processos decisórios

desde a gestão até a clínica. A participação dos trabalhadores de gestão e ponta assistencial juntamente com os cidadãos em todas as etapas de planejamento, implementação e avaliação das práticas de saúde é uma essencial inovação na forma de fazer o SUS, que exige o aperfeiçoamento das maneiras de relacionar-se, convidando o trabalhador da ponta a deslocar-se da posição que a gestão verticalizada o colocou, o gestor ao exercício de escuta e mediação ao invés do mando e os cidadãos ao exercício da fala, manifestação dos interesses da população ali representada por ele.

Reflico após estas abordagens a relevância do cuidado do cuidador trazida por Pache (2011, p. 4546) para a concretização da PNH. Quando incluídos, vistos e reconhecidos com toda sua humanidade que inclui potências e fragilidades, o cuidador ganha possibilidades de ver quem ele cuida com a mesma humanidade e mais facilmente horizontalizar esta relação reduzindo assim hostilidades nas práticas de saúde. Qualquer cobrança institucional de postura humanizada do trabalhador anterior à humanização dos modos de gestão e organização do trabalho é imperativo teórico verticalizado que não atrai trabalhadores a lugar de sujeitos da experiência.

Quando se fala muito em humanização fica mais difícil esquecer-se da lógica em defesa da vida. Ainda que seja sempre possível. A humanização como conceito-experiência. Este é o desafio, este é o caminho para construção de sentido e de significado para políticas de humanização (CAMPOS, 2005, p. 400).

2.5 Quem Nos Guia para Tornar Ação o Verbo Humanizar?

A humanização em cuidado obstétrico também pauta-se na efetivação de direitos humanos, sexuais e reprodutivos e defesa da vida. Estes conceitos e recomendações dialogam o tempo todo e são amparos legais de conversas que se originam tanto na humanização como nos direitos, o humano está em ambos. O reconhecimento dos direitos humanos cunhados em 1948 (ONU) e aprimoramento das formas de garanti-los ao longo dos anos, reduziria em muito o detalhamento do texto da PNH e as tantas recomendações construídas dentro do mesmo arcabouço. Penso que seria desnecessário recomendar ou impor (obrigar, decretar) aquilo que já está consolidado e fluindo na dinâmica de vida da sociedade alicerçada na cultura de defesa e cumprimento dos direitos humanos e ao mesmo tempo hábil na responsabilização dos descumpridores e desencorajadores desta prática.

Escrevo este parágrafo acima, com senso de realidade acerca da humanidade e seus atos 'desumanos' coletivos e inaceitáveis ao longo da história, gritando dentro de mim. Chega a ser

incoerente, ingênuo demais pensar que normas sobre como humanos tratarem humanos pudessem ser desnecessárias ou construídas com mais superficialidade, supondo que certas coisas são óbvias e não precisam ser ditas e que fará serem regulamentadas e assinadas por chefes de Estado. Mas a essência da declaração dos direitos humanos, da constituição cidadã de 1988, da criação do SUS, do PHPN, da PNH e até mesmo da Rede Cegonha não são sobre sonhos concretos de modos de vida produtores de mais vida? E se formada nesses ideais de produção de vida e vida construída na horizontalidade de relações chego até aqui, o parágrafo acima faz sentido, ainda que utópico.

À época de seu lançamento e até hoje a filosofia defendida pelo PHPN ainda apresenta-se como ideal a ser conquistado, onde era definido como sua condição inicial sobre acompanhamento adequado do trabalho de parto, estava a garantia do “direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal” e seguia trazendo em seu escopo de orientações como aspectos fundamentais da prática humanizada entre os quais dois são destacados: -a necessidade de “postura ética e solidária dos profissionais”, reforçando a obrigatoriedade dos serviços de se adequarem para garantirem que as mulheres não vivenciassem um isolamento durante seu processo de parição e que ela, seu bebê e familiares fossem acolhidos com dignidade. E o outro aspecto era: - a adoção de medidas eficazes necessárias para mudanças de práticas “intervencionistas” rotineiras e desnecessárias no modo de cuidar no ciclo gravídico puerperal que além de não protegerem, ainda aumentavam os riscos de danos às mulheres e bebês (PHPN, 2002, p. 69).

Caso não atentemos ao ano de tais recomendações e por um momento por distração lermos 2022, tais fundamentos básicos da humanização do parto e nascimento parecem publicadas ontem e com ares de grande novidade. Mas como nossos desafios de mudança no modelo de cuidado no parto vem de longe, se voltarmos um pouco mais, a publicação do Guia Prático para Assistência ao Parto Normal pela OMS em 1996 já trazia em seu texto o que ainda hoje se apresenta utópico na realidade da maioria dos serviços obstétricos do país.

Em seu preâmbulo, o Guia já alertava sobre as práticas não recomendadas na assistência ao parto que foram discutidas e desaconselhadas em documento gerado em 1985, a Carta de Fortaleza, resultado de uma reunião da Região Europeia da OMS e Organização Pan-Americana da Saúde- Escritório Regional para as Américas (OPAS) realizada no Brasil. Ao longo do texto, por exemplo nas recomendações sobre local de parto, apresenta-se a orientação sobre a privacidade e a redução de estranhos no ambiente, relatando estudos que revelaram que uma gestante de baixo risco pode ser vista por até 16 pessoas durante o trabalho de parto e ainda assim permanecer sozinha a maior parte do tempo, sofrendo o que o Guia descreve

como “ cascata de intervenções” - excessos de procedimentos , isolamento, estresse, parto prolongado e piores desfechos da gestação e nascimento (OMS, 1996, p. 11).

Tal descrição de cenário transportou-me inevitavelmente para a minha realidade cotidiana. A falta de organização do quantitativo de fluxo de alunos no Centro Cirúrgico Obstétrico da maternidade gera constantemente enorme desconforto nas parturientes, seus acompanhantes e até mesmo nos profissionais, que muitas vezes, erroneamente, recuam na aproximação e cuidado direto às mulheres por acharem que estão sob cuidados de ‘gente demais’. Exatamente a mesma cena do Guia ocorre. Muitos circulando em roupas verdes padronizadas, fazendo muitas perguntas, executando procedimentos invasivos dolorosos, incômodos, alguns necessários para um cuidado seguro, mas em sua maioria “cascatas de intervenções” geradoras de danos e geradas pelo afã de atender, aprender, sem supervisão direta ou ainda estimulados ao modo de fazer assistência não recomendado porém aceito pela cultura de poder do médico sobre definir como ‘conduta médica’ para cuidado, práticas não recomendadas e até mesmo proscritas. E a queixa de não se sentir cuidada em meio a tantos ‘cuidadores’ persiste entre as mulheres.

Pensando o quanto o serviço é escola e sobre o formar e não *deformar*, os aprendizes médicos deixam de serem ensinados quanto às recomendações de boas práticas na prática quando não são devidamente organizados em escalas que favoreça serem acompanhados de perto, praticarem com a segurança de alguém mais experiente e coerente por perto que poderia relacionar a atitude não recomendada com a diretriz da prática segura e acolhedora, dando sentido ao agir coerente por parte do aluno. Será utópico também esperar dos serviços esta simples organização?

Dentre tantas recomendações apresentadas no Guia, sustentadas pelos documentos atuais e ainda não incorporadas às rotinas tanto por impossibilidades de recursos, inadequação da ambiência, desconhecimento, ou déficit de trabalhadores até decisão institucional ou pessoal, estão ações que ganharam alguma popularidade muito recentemente mas ainda não são parte do cotidiano das gestantes no momento do parto:

Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação[...] Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem[...] Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto[...] Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto[...] Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto[...] Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno (ROCHA, 2010, p. 120).

Como o Guia estabeleceu um sistema de classificação das recomendações por categorias que vão desde “as que devem ser estimuladas, as que devem ser utilizadas com cautela, as frequentemente utilizadas de modo inadequado até as claramente prejudiciais”, ao olhar para os desconfortos entre as enfermeiras e outros membros da equipe de saúde, principalmente médicos que vivenciei e ainda vivencio, vejo o quão as utopias desencorajadas ao longo da trajetória mas que junto com tantas enfermeiras e até alguns médicos segui agarrada, me deram sentido de continuar na construção do modelo de oferta de cuidado baseado fundamentalmente em “práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas” e que se revisa frequentemente para banir de seu cotidiano “práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas”(ROCHA, 2010, p. 121) entre elas:

Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto[...] Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos[...] Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto (ROCHA, 2010, p. 121).

De utopias em utopias- lidas, relidas, plantadas e vividas, aprendi muito sobre as mudanças dos modos de agir, gerir e perseverar para a mudança de modelo de assistência à gestação, parto, puerpério e abortamentos. Quando anteriormente relatei minha confiança de que era possível cumprir o papel no dia a dia, deveu-se principalmente a ter vivenciado no cotidiano da minha formação em 1999 durante a habilitação em enfermagem obstétrica, com as enfermeiras da Maternidade Fernando Magalhães, com as minhas professoras na Maternidade Oswaldo Nazareth, querida e extinta Maternidade da Praça XV, e na prática de pré-natal, planejamento familiar e grupos de gestantes do Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), os ditos ideais utópicos do modelo de cuidado seguro, respeitoso e incentivador do protagonismo da mulher baseado nos processos fisiológicos do parto, com oferta de suporte técnico e emocional acessíveis para que fosse garantido no melhor cenário possível sua autonomia e segurança.

As recomendações do Guia sobre Maternidade Segura (OMS), no Brasil, fundamentaram o Projeto Maternidade Segura que a partir de 1996 propunha o caminho da qualificação da assistência materno infantil como estratégia para a redução da morte materna e perinatal. Baseado no incentivo à adesão de municípios e serviços obstétricos aos “8 passos para a maternidade segura”, sendo três deles relacionados à assistência direta e os outros cinco à gestão do serviço. O projeto pretendia que com tais adequações, além de essencialmente gerar melhorias no cuidado às gestantes e recém-nascidos, as maternidades após serem avaliadas e

aprovadas pelas comissões de Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e MS obtivessem o título de Maternidade Segura, com o compromisso de seguirem com processos de melhorias para efetiva redução de mortalidade materna, fetal e neonatal (SANTOS, 2005).

O Projeto Maternidade Segura representa um grande incentivo para as maternidades, o que resultaria em uma melhoria de assistência, porém esta melhoria e mudança não dependem somente da instituição e sim de um legado de fatores, como a existência de uma assistência inter e multidisciplinar (SANTOS, 2005, p. 52).

Tratando-se do campo das memórias, as iniciativas relacionadas à Maternidade Segura conversam diretamente com minha formação e atuação nos diversos espaços de prática e ensino/aprendizagem que estive e que ainda compartilho com muitas das mesmas pessoas que me apresentaram estes ideais em 1998, na primeira experiência em serviços obstétricos, vivenciando na prática a aplicação dos conteúdos de sala de aula. Os passos propostos como caminho de adesão ao projeto são ainda as bases de todo arcabouço teórico institucional construído para direcionar as ações de enfrentamento da morte materna no país até os dias atuais. Os programas ministeriais subsequentes e diversos planos, estratégias e políticas quando analisadas em seus pilares dialogam com o documento publicado pela OMS em 1996. Ciente do papel de resposta conjunta de órgãos internacionais frente aos problemas evidenciados em importantes pesquisas e outros documentos anteriores, utilizo o Guia aOMS- Maternidade Segura de 1996 como ponto mais concreto de memórias dos encontros e desencontros aqui descritos pela sincronia com o ano que ingresso na graduação de enfermagem e obstetrícia e a partir do qual me identifiquei pertencente ao mundo da obstetrícia.

2.6 A Arte dos Encontros e Reencontros em Meio aos Desencontros

Os encontros e reencontros com as enfermeiras obstétricas que atuavam nas maternidades municipais do Rio de Janeiro em 2002 ao tornar-me enfermeira deste mesmo contexto político-organizacional, fortaleceram o desejo de maior engajamento diretamente ligado ao campo obstétrico, já que nos dois empregos anteriores exerci funções na coordenação e atuação direta de Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas quais o cuidado às meninas e mulheres me atravessam diariamente porém dividiam-se com todas as demandas em saúde de todos os grupos existentes no território- saúde da criança, adolescentes, adultos e idosos.

Reencontrei além das pessoas o espaço geográfico onde na grande maioria das vezes concretizam-se os passos e todo ideário gerado pela Maternidade Segura- a maternidade em si, o prédio como serviço, estrutura física. E no Rio de Janeiro. Ressalto a importância da cidade visto a relevância dos movimentos aqui realizados até aquela data (que ainda são) e que repercutiram nacionalmente para fortalecimento da enfermagem obstétrica brasileira. E porque além da minha história e vínculos essenciais permanecerem aqui, minhas referências obstétricas estavam aqui atendendo mulheres, aprendendo e ensinando enquanto faziam das recomendações internacionais de cuidado seguro no parto a regra dos espaços onde gerenciavam, mesmo enfrentando um ambiente de resistência intensa à autonomia de sua atuação prevista e garantida pela Lei do Exercício Profissional de Enfermagem e essencial como estratégia de enfrentamento e redução de morte materna e mudança do modelo de assistência ao parto na cidade.

No Rio de Janeiro, lócus dessa pesquisa, em 1997 instalou-se um Fórum Permanente de Enfermeiras Obstétricas que atuavam nas Maternidades Públicas da cidade. Em 1999, consideraram concluída uma primeira etapa deste trabalho, com a publicação de um relatório com as considerações sobre a participação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento. As enfermeiras obstétricas participaram organizando as duas Conferências Internacionais intituladas Ecologia do Parto e Nascimento (2002 e 2004) e aII Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento eventos sediados na cidade do Rio de Janeiro (GOMES, 2011, p. 29).

Gomes (2011, p. 29) descreve em seu estudo como a categoria de enfermagem obstétrica trilhava também em âmbito nacional, o caminho das mudanças nos cenários de parto marcando sua presença e contribuição além dos espaços da assistência direta, nos espaços de construção de ensino/aprendizagem e troca de conhecimento, como os Congressos Brasileiros de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), Rede Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) e I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento em Fortaleza, como no espaço central de articulação política e fortalecimento organizacional da categoria e suas convicções, a Associação Brasileira de Enfermeiras Obstétricas e Obstetizas (ABENFO).

Desde as participações até na organização de congressos, conferências, encontros, seminários, protestos, marchas, cartas de apoio à movimentos de defesa dos direitos das mulheres ou de repúdio aos retrocessos e violações dos nossos direitos, o envolvimento das enfermeiras têm alicerces nos compromissos básicos alinhados à maternidade segura, e ao decorrer dos anos mesmo com as novas nomenclaturas das políticas, programas e ampliação dos compromissos, direitos e necessidades de melhorias do cuidado obstétrico, a essência de

nossa luta é a mesma- modelo seguro e respeitoso de assistência às mulheres e recém- nascidos.

Dentre os incontáveis momentos nestes espaços que me trazem memórias dos encontros e desencontros na lógica proposta desta escrita sobre as experiências vividas, sejam elas positivas ou negativas(a princípio), existem os que mais serviram de pano de fundo para a escolha da trajetória dentro da enfermagem que fui trilhando e por vezes sendo levada na trilha dos afetos e confiança nos companheiros de caminhada, confiando em suas escolhas por serem quem eram, tinha por certo que valia o tempo gasto e a causa a ser abraçada.

O primeiro que destaco é a participação em 2004 no “Curso Clínico de Gestação de Alto- Risco para Enfermeiros”, promovido pela Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ marcou- me especialmente por ser realmente o primeiro evento relacionado à obstetrícia do qual participava como enfermeira da atenção obstétrica do município do Rio de Janeiro e simbolicamente na escola da minha formação com minhas professoras inspiradoras.

Este curso coroou um dos momentos mais importantes de decisão sobre o que se apresentaria mais a frente, pois desde 2002 quando integrei o quadro da secretaria municipal de saúde, era plantonista na unidade neonatal da maternidade, e durante 2 anos aprendi a atuarna outra extremidade do sistema de saúde, atenção terciária. Vinda da atenção primária com rotina de atividades educativas, campanhas de vacinação, consultas de rotina a portadores de doenç as cr nicas, de ginecologia e pré-natal de risco habitual, puericultura, visitas domiciliares e gestão de ESF e PACS, passei ao cuidado de recém-nascidos com risco de morte iminente e alguns com toda fragilidade que um bebê apresenta, exacerbada pela prematuridade, por doenç as cong nitas, entre outras patologias e infelizmente também os quepor iatrogenias do processo de parto e nascimento, principalmente a asfixia neonatal necessitavam de cuidados intensivos. E a realização do curso se deu no mês em que voltei a atuar em obstetrícia, ao ser transferida para o ambulatório e integrar a equipe multidisciplinar de pré-natal da maternidade. Encontro do desejo com a oportunidade!

Além de um reencontro com pessoas queridas após quatro anos, o conteúdo e proposta desta formação foram de alta relevância para a qualificação do cuidado pré-natalcompartilhado com médicos obstetras às mulheres de alto risco, onde além de interconsultas,a promoção de atividades educativas nas salas de espera e grupos de gestantes ofertavam maisinformaç es e troca de experiências entre as gestantes sobre os cuidados nas s ndromeshipertensivas, diabetes mellitus, anemias e outras doenç as e complicações mais comuns na gestação e que caracterizam a eleva o do risco gestacional. Esta abordagem multidisciplinar,que contava ainda com nutricionista, dentistas, assistente social, psicóloga e clínico geral, foi uma das melhores experiências de concretude da recomendação aplicada na prática que vivi durante os

primeiros anos que atuei no ambulatório de pré-natal.

Foi uma das utopias realizáveis aprendidas desde a formação, alinhada com as recomendações de boas práticas em obstetrícia sobre o cuidado multidisciplinar (LEAL, 2014, p. 6) que também era espaço de formação visto o grande número de acadêmicos, internos e residentes das diferentes categorias de saúde que tinham ali seu campo de prática curricular. Sob as novas possibilidades de ampliação de práticas humanizadas preconizadas pela PNH e incremento de mais iniciativas para o cuidado à saúde feminina pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, ambas publicadas no mesmo ano, o leque de oportunidades de melhorias das condições de vida das mulheres, incluindo ampliação do planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino e de mama, prevenção de doenças crônicas, garantia de acesso e exercício dos direitos, cuidado obstétrico qualificado e consequentemente redução de mortes evitáveis na população feminina (BRASIL, 2011, p. 25). O trabalho produzia sentidos tanto para quem o ofertava quanto para os aprendizes e cuidado pré-natal qualificado às mulheres.

Os *desencontros*- fragilidades da assistência, também se davam paralelamente aos êxitos do serviço. No mesmo espaço, convivíamos com nós ainda existentes nos dias atuais. A garantia de acesso ao pré-natal não ocorria em tempo oportuno, principalmente para as mulheres de alto risco gestacional, devido a grande demanda e corpo clínico contratado e capacitado para tal, ser insuficiente. Além de alto índice de absenteísmos nas agendas por dificuldades financeiras e de locomoção das mulheres até os serviços de referência, demoraem realizar exames de rotina e específicos do alto risco e em acessar os resultados, fatos que consequentemente levaram e ainda levam às maiores chances de complicações maternas e fetais, de internação, exposição ao risco de infecções, e desfechos desfavoráveis da gestação (LEAL, 2014).

Muitos outros momentos de troca de saberes e de articulações organizacionais e políticas, desde congressos às reuniões rotineiras, passando por ações de ativismo pelos direitos das mulheres e de nós enfermeiras até encontros casuais, renderam conversas que alimentaram novos e velhos planos de promoção do encontro das boas práticas assistenciais e gerenciais do parto com as mulheres brasileiras.

O Fórum Permanente de Enfermagem Obstétrica do Rio de Janeiro também exemplifica um espaço de encontro e reencontro onde novos e velhos planos são lançados e realizados. Criado em 2015 a partir do Grupo de Trabalho de Enfermagem Obstétrica vinculado ao Fórum Perinatal da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, representa uma experiência do lugar das articulações políticas e construções de redes de fortalecimento e sustentabilidade de políticas públicas no enfrentamento e redução da morte materna, fetal e

neonatal. Composto por profissionais, docentes e alunos de enfermagem obstétrica, o fórum congrega gerações em torno das reflexões sobre as bases para exercício da “identidade, autonomia e práxis da categoria”, além de ser espaço de fortalecimento da categoria onde propostas e ações para inserção, ampliação e permanência de enfermeiras obstétricas nos cenários do parto, gerenciando e prestando assistência direta são desenvolvidas e junto com a ABENFO-RJ, articuladas tanto no Fórum Perinatal como em outros espaços de decisão institucional (TIBURCIO, 2019).

Componho também o Fórum Perinatal desde a sua criação em 2014, também conhecido como Fórum da Rede Cegonha, um espaço democrático, interinstitucional e multiprofissional que garante o direito de falar a todos os participantes com escuta atenciosa e valorizada em suas proposições e petições que conjugam para garantia do direito em saúde de todas as pessoas em ciclo gravídico-puerperal. As pautas que abrangem desde detalhes da microgestão em serviços de saúde até a macrogestão envolvendo a esfera federal, são problematizadas e discutidos com participantes do Ministério Público, dos Conselhos de Classes, Universidades, responsáveis técnicos e profissionais dos serviços de saúde, movimentos da sociedade civil, cidadãos presentes sem vínculo institucional, sob uma lógica inclusiva e propositiva de garantia dos direitos funciona também como uma escola de convivência e construção de política mesmo nas diferenças de pontos objetivando o bem de todas as mulheres.

O início das experiências de implantação de Fóruns da Rede Cegonha no Brasil são descritos no Caderno de Humanização de Parto e Nascimento e alguns pontos fortes são ressaltados: ao longo do tempo de reuniões a tendência de queixas do sistema de saúde tornaram-se propositivas, as pautas que inicialmente eram trazidas pelos gestores presentes passam a ser definidas pelo público variado participante e o espaço duro de decisões e acompanhamento das complexidades do sistema perinatal ganha um sentido pedagógico de troca de experiências e complementaridade de saberes (BRASIL, 2014a, p.103). “Um acordo ético do estado com instituições, conselhos e sociedade civil vem se desenhando e a expectativa é que seja na direção da promoção da saúde e da qualidade de vida da mulher e da criança: universal, resolutiva, integral e equitativa” (BRASIL, 2014a, p. 103).

Os encontros profícuos proporcionados por estes muitos espaços e movimentos citados por Gomes e tantos outros dos quais participei renovam as esperanças, ensinam e provam a possibilidade de complementaridade de saberes que propiciam o melhor cuidado e convocam para a transformação da realidade da assistência brasileira ao parto e nascimento, ainda muito intervencionista e geradora de danos à mulheres, bebês, e aos profissionais que se empenham em mudar a forma de nascer como diz Michel Odent.

Exercitando a gestão participativa e compartilhada em seus mais variados dispositivos, seria o Fórum espaço para tratar o grande paradoxo perinatal brasileiro expresso pela intensa medicalização do parto e do nascimento e ao mesmo tempo manutenção de altas taxas de mortalidade materna, fetal e infantil (BRASIL, 2014a, p. 84).

2.7 Uma Rápida Pausa para o Pousar nos Dados

Os dados do maior inquérito sobre parto e nascimento realizado no Brasil, a pesquisa Nascido no Brasil, realizada entre os anos de 2011 e 2012 demonstra através de números e análises um quadro muito preocupante a respeito do atual modelo de assistência obstétrica, que justifica a afirmação grave que fiz anteriormente.

O estudo coordenado por Maria do Carmo Leal, a Duca, que menciono no início desta escrita, produziu dados muito significativos sobre onde, quando, como ocorrem os nascimentos e com que qualidade se dá a assistência obstétrica brasileira. Fruto de entrevistas realizadas com 23.894 mulheres em 266 hospitais de médio e grande porte das cinco regiões brasileiras e análises conjunturais política-sócio-culturais e de aspectos da esfera de gestão dos serviços públicos, privados e mistos, o conjunto de artigos publicados apontam os problemas e potencialidades identificados e oferecem recomendações e estratégias operacionalizáveis para a melhoria do cuidado obstétrico neonatal brasileiro (LEAL *et al.*, 2014, p. 2).

Ao olhar a amostra significativa de entrevistas que foram analisadas, os números revelados de práticas de saúde não recomendadas ou que exigem indicação muito criteriosa na atenção perinatal assusta sobre as consequências imediatas e a longo prazo que podem trazer para mulheres e recém-nascidos.

[...] 56,6% dos brasileiros nasceram através de uma cesariana, e na rede privada, a frequência foi ainda maior, 90%. Para as mulheres que entraram em trabalho de parto, 36,4% receberam ocitocina para indução ou aceleração do processo, e 39,1% sofreram amniotomia. Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, 36,1% relataram manobra de Kristeller e 53,5% sofreram episiotomia (LEITE, 2021, p. 2).

Dados referentes ao contexto em que se deram as gestações e perfis destas mulheres são essenciais para reflexão das vulnerabilidades envolvidas como pobreza, raça, idade, escolaridade e construção de políticas públicas para reduzi-las.

O SUS atendeu 80% dos partos, que ocorreram em unidades públicas e mistas. E dos 20% de partos atendidos pela rede privada, 88% deles foram cesarianas. Dentre as mulheres

entrevistadas aproximadamente 30% não desejaram a gestação atual, 60% iniciaram o pré-natal após 12 semanas de gestação, 40% não receberam orientação de maternidade de referência para o parto, apenas 5% delas não sofreram intervenções desnecessárias e apenas 15% das entrevistadas foram assistidas por enfermeiras obstétricas e obstetrias. Sendo que 56% das mulheres encaixavam-se no critério de risco habitual gestacional, caracterizando uma possibilidade e indicação de assistência por estas profissionais e livre de cascatas de intervenções desnecessárias (LEAL et al., 2014).

Um conjunto de números me toca profundamente e dialoga diretamente com o perfil de gestantes que mais me mobiliza na luta pela mudança da forma desrespeitosa como se cuida de meninas ao redor do mundo. Das entrevistadas, 19% eram adolescentes e dentro desse grupo 42% delas foram submetidas a cesariana, importante relacionar que apenas 4,5% delas tiveram o parto na rede privada, o que evidencia a alta taxa de cesáreas neste grupo também na rede pública. Mais de dois terços das gestantes adolescentes estavam com atraso escolar e pertenciam às classes D e E, e seguindo as estatísticas de gravidezes mais vulneráveis, 71% delas eram pretas e pardas (LEAL et al., 2014, p. 3).

Falando em mais vulneráveis, o inquérito traz um alerta sobre a saúde mental e aponta que 26% das mulheres entrevistadas apresentaram depressão materna entre 6 e 18 meses após o parto e o perfil destas puérperas convoca ao fortalecimento de mais políticas públicas que reduzam as desigualdades na sociedade brasileira. Maioria de baixa condição social, sem companheiro, pardas e indígenas, que não desejaram a gravidez e que já tinham 3 ou mais filhos (LEAL et al., 2014, p. 7).

Números que apontam os avanços das políticas de humanização do parto e nascimento e outras estratégias de enfrentamento da mortalidade neonatal e infantil também são apresentados no estudo. Entre eles, 75% das mulheres usufruíram da presença de acompanhante em algum momento do parto, 70% das entrevistadas desejaram parto vaginal no início da gestação, isso demonstra que apesar de muitos desfechos terem sido partocirúrgico, a possibilidade de maior incentivo ao parto normal (no sentido real da palavra e não 'anormal') terem resultados que mudem a realidade brasileira é promissora se conjugada com outras ações mais concretas (LEAL, 2014, p. 4).

Sobre resultados referentes aos bebês, há muito que melhorar nos cuidados na 1ª hora de vida. Apenas 26% deles receberam contato pele a pele logo após o nascimento, apenas 14,7% foi ao seio na sala de parto, 71% sofreram aspiração de vias aéreas superiores ao nascer, prática desaconselhada como rotina. Apesar destes números referirem-se ao total de recém-nascidos, a diferença de intervenções entre saudáveis e não saudáveis foi baixa, indicando a altíssima

prática intervencionista desnecessária também nos pequeninos (LEAL et al., 2014, p. 5).

Um dado estarrecedor associado à gravidade de complicações durante a gestação, parto e puerpério é apresentado no estudo e apesar do coeficiente de comparação ser países europeus-contextualização muito distinta a nossa, o valor de ‘quase morte entre mulheres que sobreviveram às complicações’ (*Near Miss Materno*) é três vezes maior e significativamente maior para mulheres que peregrinaram em 3 ou mais serviços até serem internadas para o parto (LEAL et al., 2014, p. 6).

Apresentando com lentes de aumento o fenômeno da medicalização do parto no Brasil e suas consequências, ao ouvir puérperas e gestores o inquérito traça detalhadamente os percursos da mulher no acesso a métodos contraceptivos, pré-natal, parto até o pós-parto e oferta ao conhecer as maneiras de gestão das maternidades a oportunidade de reorganização de estruturas e culturas organizacionais. Longe de ser simples a mudança de uma cultura, o desafio posto diante da robustez do estudo e seus argumentos, convoca o Estado e a sociedade a ‘intervenções’ urgentes no modelo demasiadamente intervencionista que rege o cuidado em saúde materno infantil.

Entre os principais achados da pesquisa, a descrição das causas, consequências e proporções das boas práticas quanto da demasiada intervenção (má prática) no trabalho de parto e parto parecem ter nome, às vezes rosto, por vezes voz e mais comumente parecem ter mãe, companheiro, filha, amiga, alguém ao lado que fala pela mulher. Relato esta impressão ao ler mais cuidadosamente o material publicado que cita estes achados para a construção desta dissertação. Ao fazê-lo com esta intenção relacionada aos encontros e desencontros na garantia dos direitos das mulheres, o texto técnico já lido, marcado e relido diversas vezes, ganhou uma pessoalidade diferente, como se um diário de bordo se abrisse e situações diversas, boas e ruins, que se relacionam com os fatores descritos passassem por mim novamente.

Entre estas situações incluem-se atendimentos individuais a mulheres, familiares e trabalhadores da maternidade, rodas de conversas, reuniões, ocasiões em que só ouvi ou só observei algo, outras em que intervir foi imperativo e inúmeras em que tomar ciência e agir de alguma forma não foi facultativo.

Recentemente, a equipe multidisciplinar da qual faço parte tem sido convocada a um esforço considerável de atualização, revisão de práticas e ajustes dos processos de trabalho relacionados à amamentação. Bienalmente a maternidade é avaliada quanto ao título de Hospital Amigo da Criança, que possui há 20 anos. Como em todo processo avaliativo há uma tensão instalada, mas ao mesmo tempo a constante avaliação interna dos indicadores de qualidade indica que a maior parte dos 10 passos da Iniciativa Amigo da Criança, estão sendo seguidos,

inclusive a boa prática de garantir o direito da mãe de amamentar seu bebê na primeira hora de vida, é consolidado no dia a dia das equipes. Este é um dos achados do inquérito que evidenciou que crianças nascidas em Hospitais Amigo da Criança apresentaram o dobro de chances de serem amamentadas na primeira hora de vida, e o quanto esta iniciativa contribuiu com o início oportuno da amamentação (LEAL et al., 2016, p. 3).

2.8 Paternidade (In)Segura: ‘Pai Não é Visita’

Em Agosto de 2009, o mês de valorização da paternidade foi intensamente trabalhado a partir da pauta Pai não é visita! Incluindo o lançamento da Iniciativa Unidade de Saúde Parceira do Pai pela SMS-RJ, o papel do homem e pai presente na gestação, parto e puerpério foi trazido para o cotidiano do trabalho na maternidade. Lideranças e trabalhadores da maternidade já sensibilizados com o tema envolveram-se em rodas de conversa, construção de cartazes e adequação de placas indicativas reforçando a presença de homens na instituição, além de ações simples como garantia de no mínimo duas cadeiras para usuários em todos os consultórios da unidade e demais espaços de atendimento que cabiam mais de uma cadeira.

Dificuldades que persistem até hoje foram identificadas, como a falta de banheiros masculinos em todos os andares e a impossibilidade de disponibilizar uma poltrona de acompanhante por cada leito devido à falta de espaço. Outras foram sendo solucionadas ao longo dos anos, como por exemplo, a garantia de refeição para acompanhantes durante todo tempo de permanência na unidade, apesar da não previsão orçamentária no SUS para tal.

Ações muito emblemáticas como a confecção de um mural de fotos dos pais trabalhadores da maternidade com seus filhos e/ou seus pais e a alteração da logo da maternidade para uma imagem que indica duas pessoas ao redor do recém-nascido, marcaram muito positivamente o período mais intenso de sensibilização da equipe para certificação como Unidade Parceira do Pai e acolhimento também aos homens em um espaço tão feminino e historicamente permeado do senso coletivo de que homens não sabem cuidar.

Entre os achados principais do Nascer no Brasil também está o fato de que favorecer a presença do acompanhante de livre escolha da mulher no trabalho de parto e parto, junto à boa comunicação com a equipe, possivelmente aumentam a satisfação das mulheres com o cuidado recebido durante o parto (LEAL, 2016). Em tantos anos de uma casa -forma carinhosa que tratamos a maternidade, com muitos homens circulando, oferecendo cuidados a bebês e mulheres e verbalizando o quanto se sentem pertencentes aos espaços e felizes por ofertarem

o que a maioria deles não recebeu de seus pais, afirmo que a satisfação aumentada durante a experiência do cuidado é também do pai e da equipe. As relações podem ser ressignificadas através desta experiência.

Dentre as estratégias de fortalecimento da paternidade e de cuidado aos homens que acompanham as gestantes, acontece na maternidade há 10 anos o ‘Espaço H’, que consiste em rodas de conversa exclusivas para homens e moderadas por profissionais homens da instituição, que abordam temas referentes à gestação, parto, puerpério e saúde do homem para condução de conversas que passam por momentos de profundas reflexões, papos triviais, risadas e choros, em sala acolhedora e reservada com privacidade a fim propiciar vivências que estimulam a masculinidade afetiva, não violenta, a paternidade presente e responsável.

Entraves e desafios ainda são postos sobre a garantia do direito das mulheres previsto em lei federal desde 2005, de ter o acompanhante de sua livre escolha. De tempos em tempos alguma fragilidade principalmente organizacional, coloca à margem este direito, a questão de ter acompanhante não é o fato mais questionável, mas o fato de ser um homem na maioria das vezes. Argumentando que a intimidade das mulheres fica muito exposta aos companheiros das outras e que temem por sua própria segurança⁵, ocasionalmente recebo de profissionais mulheres a sugestão para limitar a escolha das ‘pacientes’, permitindo somente a permanência noturna de outras mulheres como acompanhantes. Cada vez que estas falas chegam à gestão, medidas de acolhimento ao profissional, de valorização da figura masculina e paterna, de sensibilização das equipes e de melhoria estrutural precisam ser tomadas para não recuarmos na garantia do direito das mulheres grávidas ou puérperas.

2.9 Não “Aprendi” Naturalizar os Desencontros e as Violências: Racismo, Machismo e Poder na Saúde

O cenário descrito e analisado no Nascer no Brasil representa o campo das batalhas diárias de enfrentamento e redução dos desencontros entre o direito e as mulheres, todas as mulheres. Representa também o cenário posto para a implementação das reflexões e práticas de humanização do parto e nascimento já defendidas pelas enfermeiras que me formaram

⁵ Figura masculina vinculada à insegurança, formas de violências contra mulheres. Intercorrências envolvendo homens como acompanhantes, dados da segurança pública e notícias veiculadas em redes sociais são as justificativas mais apresentadas para tal reivindicação.

entre 1996 e 1999.

Ao apontar que “integrar a enfermagem obstétrica na equipe de atenção ao parto pode contribuir para um maior uso de boas práticas” além de reduzir as intervenções desnecessárias e a taxa de cesáreas (LEAL, 2016, p. 3), é uma intervenção promissora no cenário obstétrico brasileiro, a pesquisa reforça 26 anos depois as recomendações do Guia da OMS para Maternidade Segura e as inúmeras outras evidências publicadas, inclusive as de autoria das próprias enfermeiras sobre suas práticas de cuidado e seus efeitos promissores na experiência humanizada do parto e de redução de riscos de complicações no parto e puerpério.

Na perspectiva do modelo baseado na humanização, estudos apontam a enfermeira obstétrica e a obstetrix como profissionais que, uma vez incluídas no modelo assistencial, possivelmente melhoram os indicadores da assistência materna. Tais profissionais demonstram uma aderência ao modelo humanizado e acreditam na possibilidade de mudança (GOMES, 2011, p. 29).

Buscando caminhos para superação das resistências!, Mouta e Progianti (2009), em uma análise com abordagem sociohistórica, identificam a enfermeira obstétrica como agente estratégico na implantação de práticas do modelo humanizado em ambiente hospitalar. Ao estudar as estratégias utilizadas pelas enfermeiras na implantação do modelo e a sua inserção no cenário, essas foram identificadas como a elaboração de um projeto que investiu na capacitação e titulação das enfermeiras atuantes na instituição, a discussão e divulgação dos resultados da assistência implementada e estratégias de ampliação do contato com gestante e sua família no pré-natal, compartilhando e construindo um conhecimento ajustado aquelas usuárias (GOMES, 2011, p. 30).

Em cenários de disputas, opressão e avanço-recuo em nome da garantia de cuidado obstétrico humanizado seguro e respeitoso e muitas vezes na posição de escudos de proteção das mulheres e nós mesmas, venho junto com companheiras de dia a dia e luta aprendendo e desenvolvendo formas inusitadas de frear os atos sutis ou evidentes de desumanização da assistência que se relacionam com outros dois achados do inquérito - a baixa adequação (35%) dos serviços de atenção ao parto financiados pelo SUS e o uso excessivo de intervenções obstétricas/baixo uso de boas práticas no parto (LEAL, 2016, p. 2).

Para registrar aqui vivências destes *desencontros*, infelizmente não é necessário acessar memórias tão distantes, elas estão aqui nestes dias, algumas ainda em construção porque estou processando o ocorrido que ainda me surpreende após 26 anos de cotidiana convivência entre médicos e enfermeiras, ora mais harmoniosa, ora mais hostil. Ora parece indiferente, mas nunca despreocupada, livre da tensão gerada pela competição estabelecida desde a graduação inflada por alguns professores e veteranos conforme vivenciei na semana do trote na universidade, que ao descreverem os cursos da saúde e suas respectivas disciplinas incluíam comentários de inferiorização do conteúdos abordado no outro curso. Além de um sistema de

ensino/aprendizagem que não promove a formação já com aprendizados compartilhados e complementares que promoveria uma educação entre diferentes categorias da saúde para uma prática de cuidado conjugada e respeitosa entre si conseqüentemente mais respeitosa aos pacientes. Com escuta e valorização da fala, impressões do outro, das sugestões terapêuticas multidisciplinares e estímulo de vinculação dos pacientes com os demais profissionais.

As situações de estresse entre membros da equipe multidisciplinar é esperada como em qualquer tipo de relação que envolve pessoas com suas particularidades e opiniões. Elas não são restritas aos médicos e enfermeiras, comumente a disputa também aparece na relação entre auxiliares de enfermagem e técnicos e enfermeiros. Porém em proporções infinitamente menores e menos frequentes. Estes dois tipos de relações são marcadas pela hierarquização de poder, as enfermeiras sempre são chefes/responsáveis técnicas de técnicos e auxiliares. Enquanto médicos são historicamente constituídos de poder hegemônico do saber único e capaz de curar ou minimamente aliviar muito o sofrimento por adoecimento, conferindo-lhes no 'senso coletivo' um poder maior, sendo ainda majoritariamente masculina, branca e de elevado padrão econômico. A classe médica também socialmente ocupa um status de comando alicerçado nas desigualdades históricas, enquanto a classe de enfermagem é majoritariamente feminina, baixo padrão econômico e negra, conferindo-lhes um lugar de 'obediência' no consenso coletivo.

As violências ocorridas entre médicos e enfermeiras na minha percepção, refletem em menor grau as violências muito mais profundas cometidas contra as mulheres grávidas. Afinal os corpos das enfermeiras não estão sujeitos aos processos de decisão de conduta e técnicas para manejo do trabalho de parto e parto, mas estão sujeitos aos processos de mandos e desmandos proferidos por muitos deles e potencialmente danosos à saúde física e emocional das pacientes. Como por exemplo na rotina desnecessária de toques vaginais durante o trabalho de parto. Ouvi relatos ao longo destes anos de colegas enfermeiras que referiram náuseas, sensação de dor em baixo ventre e angústia profunda de tanto presenciar as inúmeras invasões dolorosas nas mulheres que estavam partejando (prestando assistência com oferta de técnicas não farmacológicas para alívio da dor) e ainda assim o médico obstetra entrava ao espaço e praticava a intervenção desnecessária.

Para que a desumanização fosse interrompida no fluxo das práticas, o muro/barreira muitas vezes era literalmente o corpo das enfermeiras. Mantendo-se em pé em torno do corpo de mulher, prolongando o tempo de execução de procedimentos não invasivos como uma ausculta de batimentos cardíaco-fetais (BCF) ou a realização da dinâmica uterina, que avalia através da palpação do abdome a frequência, a durabilidade e a intensidade das contrações,

por exemplo, ou mantendo-se como quem massageia a mulher por longo período de tempo (com o consentimento e desejo da mulher) às vezes revezando com outras enfermeiras e residentes de enfermagem obstétrica. Tal atitude servia (e ainda serve) para evitar que profissionais, não exclusivamente médicos, com hábitos de intervenções desnecessárias ou até mesmo atitudes violentas se aproximassem do corpo das mulheres sob cuidado.

Os sintomas descritos pelas colegas senti quando há muitos anos atrás me coloquei entre uma gestante que acompanhei todo o pré-natal e o médico anestesista. Por saber da barreira linguística que certamente dificultaria a comunicação dela com a equipe no momento de dor e tensão do trabalho de parto, pois ela era chinesa e apesar de morar no Brasil há alguns anos o idioma predominante da sua comunicação era o mandarim. Falava apenas o básico para comercializar os produtos de sua lanchonete e comigo e outros profissionais do ambulatório apenas perguntava: *bebê bom ? Eu bom? Tudo bom ?* E mais algumas poucas palavras em português incluindo obrigado, olá, remédio e perguntava sempre o valor do atendimento usando gestos e oferecendo notas de dinheiro. Era muito difícil para ela aceitar ou entender que não precisava pagar pelo atendimento, a gratuidade do SUS a confundia. Nunca foi aceita por nenhum profissional qualquer valor oferecido por L, mas ela entendia aquilo com odesfeita e se despedia visivelmente chateada.

No dia do parto de L, o esposo foi ao ambulatório avisar-me que ela estava lá no centro obstétrico chorando muito. Ao chegar lá encontrei L completamente despida sendo conduzida por duas auxiliares de enfermagem à sala de cirurgia para ser submetida à cesariana pois a equipe médica a considerou pouco colaborativa, não obedecendo às orientações e para agilizar o processo e minimizar o sofrimento ‘dela’ decidiram por uma cesárea.

Na verdade, a grande angústia de L era exatamente ser submetida a uma cirurgia que demandaria um prolongado tempo de repouso, o que era inviável na realidade vivida por ela e o esposo. Proprietários de uma lanchonete, únicos trabalhadores do local e já com uma criança para cuidar além do bebê que estava a nascer. Por várias vezes durante o pré-natal, referia com gestos e poucas palavras que não podia cortar a barriga e apontava para o baixo ventre fazendo o movimento com as mãos para baixo, indicando um parto vaginal. Além de mim, a assistente social e a dentista explicaram algumas vezes que poderia ser necessária uma cirurgia, caso o bebê não descesse bem e ou algumas outras situações acontecessem. Mas apesar de seu esposo afirmar que L compreendia o que falávamos, às vezes até desenhávamos e usávamos imagens e vídeos para ilustrar o que estava acontecendo e como proceder em alguns cuidados prescritos e orientados.

A atitude impaciente e extremamente grosseira que presenciei do anestesista à época

quando ao prender suas mãos no suporte da maca cirúrgica ajustou mais que o necessário e ignorava a pergunta que ela repetia seguidamente: *-Porque vai cortar?*, gerou em mim a reação de abordá-lo com tom de voz alterado e sugerindo/mandando que afrouxasse a braçadeira e a acalmasse com alguma resposta. Mas o olhar de L fixado em mim ao me identificar é nítido até hoje, da porta da sala de cirurgia mesmo, do modo possível expliquei a 'necessidade' da cirurgia e lhe garanti que permaneceria ali ao alcance dos olhos dela e que tudo ficaria 'bom' com ela e com o bebê.

Ao término da cirurgia com L e seu bebê em observação pós-cirúrgica soube por uma enfermeira obstétrica que ela e outras enfermeiras tentaram intermediar a relação de L com a equipe médica do plantão que a estava assistindo, ofertar técnicas de alívio da dor, abordá-la com massagem e alguma aproximação para estabelecer vínculo e alguma comunicação, porém não foi 'autorizada'.

Atitudes acolhedoras e dentro do possível mais contextualizadas aos costumes de sua família que L gostaria de ter e oferecer ao recém-nascido foram providenciados junto à equipe de alojamento conjunto, chefia de enfermagem e serviço de nutrição. J, seu esposo trouxe à maternidade o caldo de soja que L deseja tanto consumir e outros alimentos de seu dia-a-dia. Seu direito de não amamentar exclusivamente em seio materno, foi respeitado e as orientações corretas para complementação com fórmula foram ofertadas com acolhimento e tempo diferenciado para entendimento de L e J e melhor cuidado do bebê.

Continuo vivenciando em campos de prática hoje, agora respondendo pela gestão de serviço de enfermagem da unidade onde muitas destas mesmas enfermeiras atuam e ainda formam os futuros enfermeiros. Esta violência institucional e interprofissional deflagrada principalmente entre médicos e enfermeiras configurada pela disputa de práticas que incluem a mulher como centro do cuidado, a tentativa de sistematização da atenção menos intervencionista, redução de cesarianas desnecessárias, o campo de ensino/aprendizado para novo modelo de atenção e a oferta de experiência positiva no parto para a mulher acontece nos cenários que propiciam a manutenção do poder e saber médico instituído como ideal, o agir em saúde excessivamente intervencionista que muitas vezes é precoce demais e iatrogênico ou tardio demais e negligente. É ainda frequente o desencontro entre necessidade e cuidado oportuno.

Questiono-me a mim mesma e a alguns colegas enfermeiros, médicas, técnicos, o porquê nos dispomos ao papel de barreira em condições tão desgastantes, mesmo cansados e até por vezes, descrentes da transformação do cenário. E o que comumente escuto é a mesma argumentação do episódio da gestante no estacionamento: - gostaria que alguém fizesse isso

por mim ou por alguém da minha família e às vezes escuto também: - estamos aqui para isso. Ambas as respostas apontam que o componente humano humanizado na cascata de intervenções promissoras para o cuidado respeitoso e seguro é potente até em estruturas com importantes inadequações.

A redefinição dos nossos papéis na equipe de saúde tem se apresentado como parte central na provocação da mudança do modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil. Aliado aos recursos que vão sendo disponibilizados e que qualificam a vida e todos os espaços onde a vida acontece, profissionais de saúde na medida em que assimilam a necessidade de atualizar-se sobre a implementação de boas práticas como oportunidade de qualificação de si mesmo e com isso oferecem-se como agente de mudanças frente ao sistema violador de direitos, representam pontes para o encontro entre o direito e as mulheres.

2.10 A Tecnologia pode mediar e humanizar

Anos mais tarde presenciei uma equipe muito jovem de enfermeiras obstétricas e residentes médicos e de enfermagem atendendo uma mulher chinesa acompanhada de seu esposo onde ambos não falavam português e infelizmente um quadro de abortamento estava sendo diagnosticado naquele momento deixando o casal muito assustado. Vivenciei algo que me remeteu imediatamente à L, porém desta vez, apesar de lamentar profundamente tudo a que L fora submetida, fiquei feliz pela mudança das possibilidades de acolhimento mais adequado à mulher e ao seu acompanhante. Os smartphones estavam disponíveis tanto para profissionais quanto para a gestante, a comunicação se estabeleceu através do google tradutor com áudio e escrita. O cuidado deu-se em outro lugar da experiência, encontro de acolhimento e satisfação mesmo no sofrimento.

Algo tão comum hoje no nosso dia a dia e totalmente acessível para todo profissional, é o uso de tecnologias avançadas na palma da mão. Mas não basta ter um smartphone, é necessário a prontidão em singularizar o atendimento em saúde, aproximar-se e desafiar-se a viver a experiência de expor-se ao encontro com o outro, inclusive o colega de trabalho ou o usuário do SUS. Como o sujeito tombado, ex-posto (BONDÍA), inclinar-se para provocar a horizontalidade das relações em um modelo de assistência ao parto e nascimento construído a partir da verticalidade das relações e reforço contínuo do poder centrado na racionalidade médica na qual a patologização ou risco dela é base da tomada de decisão que justificam as demasiadas intervenções no processo fisiológico do parto.

Mattos (2008a, p. 331) faz um alerta sobre o risco da excessiva ‘medicalização’- presença de saber médico(saber de profissionais de saúde) em todos os setores da vida, modos de viver “sob contínua tutela médica” ser uma prática colonizadora, promotora de desigualdades, ainda que com intenção de cuidado, afinal o saber que se impõe é o nosso, um saber prescrito. Para tal propõe um exame cauteloso de nossas práticas no qual o valor do saber do outro, (inclusive muito valioso) aqui o saber das mulheres, seja reconhecido e considerado na construção do cuidado.

[...] se abrimos mão da pretensão do saber dos profissionais da saúde de definir exclusivamente a partir da racionalidade médica, a conduta que deve ser implementada, criamos a possibilidade de uma relação emancipadora. O que não significa abandonar a racionalidade médica nem o conhecimento sobre as doenças, nem as formas de intervenção de que dispomos. Ao contrário, isso significa que o conhecimento do profissional permite-lhe alguma apreensão das necessidades de saúde do outro sujeito que sofre, e que o conjunto de intervenções concretas que propõe com base no conhecimento de que dispõe devem entrar em contato com outros conhecimentos, sobretudo aqueles que se referem ao sofrimento concreto nos modos de andar a vida, também concretos. Trata-se de buscar a construção de um projeto terapêutico individualizado valendo-se de uma prática dialógica intensa, propiciadora de uma fusão de horizontes. Só assim será possível dialogar e proceder a um balanço entre o sofrimento da pessoa, eventualmente gerado por uma doença, e o sofrimento desta mesma pessoa gerado pelas formas de intervenção propostas pelo profissional. Trata-se de reconhecer que, em cada encontro com o outro, o profissional em parte sabe e em parte ignora o que é necessário para desenhar uma proposta terapêutica capaz de produzir um sucesso prático (MATTOS, 2008a, p. 348).

Conversando com Mattos (2008) e Campos (2005) reforço a singularidade do cuidado, cuidado este centrado na mulher e seus saberes como parte tão importante quanto o saber técnico- a racionalidade médica, para a experiência de cuidado humanizado que reduz sofrimentos e atravessa a profissionais e mulheres imprimindo boas memórias e alertando contra formas violentas de relacionar-se. “A Humanização tende a lembrar que necessitamos de solidariedade e de apoio social. É uma lembrança permanente sobre a vulnerabilidade nossa e dos outros. Um alerta contra a violência” (CAMPOS, 2005, p. 400).

2.11 Precisamos falar de violência obstétrica

A resistência ao termo humanização como acusação de *desumanidade* por parte de muitos profissionais de saúde leva-me para reflexão sobre a aversão, inclusive na alta esfera de gestão do Ministério da Saúde, ao termo Violência Obstétrica. Longe de ser leve a abordagem do tema, não se faz necessário nem aprofundar a questão para o desconforto se

instalar, a simples pronúncia e uso do termo já é suficiente para gerar desconfortos em quem deveria priorizar conhecer o tema, apropriar-se de seus significados e buscar identificar em suas práticas indícios de atos que se relacionam com a violência obstétrica- os profissionais de saúde.

Não há ainda na literatura um consenso acerca do termo e da definição exata do que seja a violência obstétrica, o que não impediu que o termo ganhasse notoriedade e se difundisse no Brasil e América Latina, como a nomenclatura para os atos de desrespeitos, abusos, maus tratos e violência no período gravídico puerperal cometidos contra a mulher, por profissionais de saúde (LEITE, 2021, p. 1; LEITE, 2022, p. 484).

Marcos legislativos dos países vizinhos que reafirmam o termo violência obstétrica, tem sido inspiração para a luta pela criação de uma lei federal brasileira específica sobre o tema e que aborde o tema violência obstétrica. A Venezuela em 2007 aprovou a lei orgânica que define “a violência institucional e a violência obstétrica como formas de violência contra a mulher”, prevendo multa e medidas disciplinares por parte dos conselhos de classes para os profissionais envolvidos nas violações dos direitos das mulheres de terem uma vida livre de violência. A Argentina em 2009 aprovou a lei que definiu tanto violência obstétrica como a violência contra liberdade reprodutiva, porém não prevê penalidades para os envolvidos. Em 2013, Panamá e Bolívia aprovaram leis que contém o termo e o Uruguai em 2017 (LEITE, 2022, p. 486; TEIXEIRA et al., 2021, p. 271).

No Brasil alguns estados possuem leis que abordam o tema e estabelecem um rol de situações que definem procedimentos e atitudes consideradas violência obstétrica, como o exemplo de Santa Catarina não sendo prevista prisão por ausência de especificidade no Código Penal, mas não exclui responsabilização dos envolvidos por meio de outros dispositivos como códigos de ética dos conselhos profissionais e código de defesa do consumidor. A ausência de uma lei federal específica não impede o reconhecimento legal da violência, uma vez que a Constituição Brasileira prevê que o Estado deve garantir o direito à saúde, à integridade física e mental e não discriminação (RAMPANELLI, 2019; LEITE, 2022; MELLO, 2022).

A falta de definição sobre violência obstétrica serve principalmente aos resistentes ao termo, pois esta lacuna muitas vezes impede o reconhecimento da violência específica nos ambientes institucionalizados, formais de oferta de cuidado, como maternidades, postos de saúde e emergências gerais. Afetando também a capacidade de um cidadão leigo identificar a especificidade da violência, ainda comumente tida como falas, procedimentos e fluxos rotineiros e previstos na assistência em saúde perinatal, que ainda que gerem mal-estar, desconforto nas mulheres, parecem falsamente fazer parte do ‘rol de sofrimento’ esperado

para o parto de acordo com o lamentável histórico negativo do processo de parição consolidado na sociedade brasileira.

O termo além de rejeitado pela maioria dos profissionais de saúde ao alegarem que condutas técnicas de caráter profissional não podem ser vistas como violência, é também rejeitado por entidades de representação como a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), que em entrevista concedida ao Portal G1 em julho de 2022 declarou: “Trata-se de uma expressão criada com evidente conotação preconceituosa que, sob o falso manto de proteger a parturiente, criminaliza o trabalho de médicos e enfermeiros na nobre e difícil tarefa de atendimento ao parto”, disse a Febrasgo” (PIMENTEL, 2022).

A mesma reportagem traz a fala da coordenadora de educação, serviço e legislação da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo), Kleyde Ventura. "A necessidade de punibilidade é urgente. Violência obstétrica é crime e precisa estar prevista na legislação federal. É um crime de violência que ainda 'dialoga' com o crime de gênero (PIMENTEL, 2022).

As falas são contextualizadas em meio ao recente caso do médico anestesista que estuprou uma mulher sedada durante a realização de cesariana no Rio de Janeiro, que obviamente mobilizou toda sociedade, repercutiu mundialmente e mais uma vez trouxe a pauta da urgência de legislação específica sobre o tema e concomitantemente a importância de estudo, debate, ensino do tema entre profissionais com ampliação à população em geral, principalmente as mulheres. Kleyde Ventura refere acreditar que a "punição não vai acabar com a violência, mas vai constranger quem a pratica” (PIMENTEL,2022).

O caso estarrecedor foi publicizado a partir da denúncia feita pela equipe de enfermagem presente no centro cirúrgico obstétrico que filmou o ato a fim de provar que as desconfiças de abusos contra as mulheres envolvendo o anestesista, infelizmente eram reais. A mulher vítima de algo tão inimaginável no momento que foi, no local que foi, sob os cuidados de quem foi, é polívitimada não só por um homem mas também por um sistema violador de direitos que de violações sutis até escancaradas contribui para ocorrência de fatos horrendos como este.

O vídeo entregue na delegacia gerou a prisão em flagrante do agressor e uma avalanche de reportagens, publicações em redes sociais, conversas sobre o fato absurdo, posicionamentos de repúdio de instituições e pessoas públicas e comuns além de incontáveis questionamentos sobre a legislação relacionada ao tema da violência obstétrica, violência sexual e a ação dos profissionais de saúde envolvidos no ocorrido, desde o agressor até os demais profissionais presentes na sala de cirurgia e as enfermeiras e técnicas de enfermagem

que posicionaram a câmera para produzirem a prova do crime.

Este fato monstruoso gerou ainda uma grande discussão, principalmente nos espaços da categoria de enfermagem sobre a exposição necessária de profissionais para terem suas falas e ‘desconfianças’ ao menos ouvidas de modo formal por suas lideranças e preferencialmente acolhidas com compromisso de dar andamento, ainda que gere investigação com abertura de processos formais de apuração dos fatos envolvendo quem quer que seja.

Novamente tenho, ao escrever este parágrafo, o senso de realidade que já citei no início deste capítulo, e apesar da mesma sensação de parecer ingênua, mas me dizendo que esta utopia realizável precisa ser registrada, prossigo buscando maneiras de exercer o lugar de liderança que hoje integro com atenção e valor aos ‘rumores’ que chegam por diferentes meios. Mesmo tendo sido inúmeras vezes ignorada ou questionada sobre o valor que eu dava às situações de violações ‘sutis’ dos direitos que fazem parte do dia a dia de maternidades e espaços de pré-natal, sob a alegação de que não posso mudar o mundo e na maioria das vezes não podia provar.

Com toda perplexidade que este fato me causou, somada à angústia profunda, náuseas e dores físicas muito mais intensas que as que relatei no caso de L, a fala que mais representa e traduz o misto de sentimentos pelo triplo lugar que me vejo nesta história é a da antropóloga, professora Débora Diniz em entrevista após a repercussão do fato, ao jornal Nexo em 12 de julho. O triplo lugar refere-se primeiramente à mulher, vítima e incomparavelmente a mais violentada, prejudicada e ferida, só de imaginar este lugar o corpo contrai. Em segundo lugar, me vejo como profissional de enfermagem que já estive diante de violências menos complexas e ultrajantes que esta e ainda assim sai muito atingida. E por último me vejo no lugar das lideranças daquela equipe que receberam a denúncia, precisaram se posicionar junto e enfrentar o sistema consolidado de acordo de silêncios e minimização dos atos de violências nas instituições de saúde.

Porque os casos demoram a vir a público? [...] se a gente vai para a forma estrutural pela qual o silêncio é composto, que não só toca na maneira como o médico violentava, mas havia rumores, a tal ponto que, a partir desses rumores, a equipe de enfermagem filmou, aqui há um ponto sobre a seriedade com que os rumores são tratados pelas instituições[...]. Há um pacto silencioso para se evitar escândalos, que acredita que algumas coisas se resolvam com conversa, que não leva a sério quando outras mulheres levantam uma suspeita. Em particular, em organizações lideradas por homens, existe a necessidade desses homens usarem a sua posição de poder para o enfrentamento dessas situações. Casos assim demoram para vir a público porque há cumplicidades perversas, que fazem com que os rumores não sejam levados a sério e investigados. E por que isso? Porque os corpos das mulheres no campo da saúde são corpos permanentemente medicalizados, permanentemente tocados e atravessados pelo poder médico. As mulheres pobres, as mulheres negras, as mulheres com deficiência, as mulheres jovens, as mais idosas, ou seja, há recortes etários também, têm corpos ainda mais vulnerabilizados por esse abuso de poder. No campo médico,

é um abuso de poder que vai desde maus tratos até a violência sexual. E há também, na vida cotidiana, a persistência da violência como um regime de poder de controle normatizador dos corpos das mulheres (FARIA, 2022).

Como reparar esta mulher? Que explicações(se há) são possíveis diante do que ela foi submetida? Como acolher tantas crateras abertas na sua intimidade de forma tão ultrajante direta e indiretamente por profissionais que deveriam protegê-la? O que minimamente é uma resposta, ainda que insuficiente, para termos esperança de que nenhuma de nós passará por isso novamente?

As perguntas mais difíceis e ainda sem respostas para nós que estamos fora da situação com a dor de quem se solidariza e revolta com tamanha crueldade, mas de fora, são feitas de modo involuntário dentro de cada de uma de nós e geram dores, físicas, emocionais, espanto paralisante, assustador diante da perversidade do fato. Aqui uso a 3ª pessoa do plural porque este assunto é frequentemente falado em reuniões na maternidade, espaços de pautas da enfermagem, conversas com amigas e os sintomas que apresentamos são parecidos e se alternam. É uma dor coletiva assim como nossa luta pela dignidade dos nossos corpos em todo e qualquer espaço é coletiva.

Completamente legitimada no lugar de vítima, a parturiente violentada pronunciou-se a respeito da ‘permissão’ dada pela equipe de enfermagem ao agressor para consumir o ato sexual a fim de produzir prova contra ele e confirmar a suspeita levantada de que esta prática abominável era frequente por parte dele.

Inquieta-me há mais de 30 dias o quanto realmente ‘deixamos’ acontecer ou muitas vezes não percebemos ou não conseguimos reagir a violência em suas multiformas de atuação. E me lembro da fala de Diniz sobre os corpos das mulheres no campo da saúde, “permanentemente tocados e atravessados pelo poder médico” e nos vejo uma equipe majoritariamente feminina, também atravessadas pelo poder médico e pelo cotidiano “regime de poder de controle normatizador dos corpos das mulheres”(FARIA, 2022). Uma quase imperceptível quietude me chega ao vislumbrar o movimento de oposição a este poder que está sendo feito por estes mesmos corpos, corpos das mulheres da enfermagem, juntamente com corpos femininos de diferentes categorias, idades, cores, classes e credos.

O que era imperceptível cresce em forma de movimento, sim uma quietude inquieta pela promoção da justiça, da efetividade do direito, da reparação ainda que simbólica dos danos irreparáveis causados por esta lógica patriarcal estruturante dos modos de vida que nos oprime em todos os espaços do viver com suas garras desenvolvidas ao longo da história.

Consciente do alto custo que tem a decisão de se opor ao poder que rege as relações interpessoais e interprofissionais nos serviços de saúde, registro nesta escrita minha admiração e solidariedade à equipe de enfermagem que se opôs aos pactos de silêncio e redução de importância sobre as violências contra mulher, que são silenciosamente promovidas nas instituições. Empréstimo-me do registro de reconhecimento feito por Kleyde Ventura durante a entrevista ao G1 para reforçar minha posição: “Há de se exaltar a importância que este grupo de mulheres teve para que a punição, neste caso, fosse realizada. Foram assertivas e fundamentais. Até para que o tema de violência obstétrica fosse retirado de debaixo do tapete”, disse ela” (PIMENTEL, 2022, on-line).

Infelizmente, no Brasil atualmente quem mais gravemente varre o tema e o termo para debaixo do tapete é o Ministério da Saúde (MS), como agente de autoridade máxima das normativas do setor saúde brasileiro a posição contrária ao uso do termo e até mesmo a naturalização de práticas que no consenso mundial literário acadêmico, caracterizam violência obstétrica mostram a gravidade da postura refratária à importância de reconhecer a rotina de abusos, desrespeitos e maus-tratos à mulheres no cotidiano da assistência perinatal brasileira tanto na esfera pública como na privada.

Em 03 de maio de 2019 o MS publicou despacho que expunha seu posicionamento contrário ao termo violência obstétrica, gerando uma verdadeira mobilização de repúdio por meio de notas, cartas e publicações em redes sociais de mulheres, movimentos de mulheres, ativistas pelo parto humanizado, entidades de classe comprometidas com os direitos da mulher, inclusive muitos homens principalmente que vivenciaram situações da ‘invisibilizada oficialmente’ violência obstétrica (LEITE, 2021, p. 2; RAMPANELLI, 2019, p. 32).

Argumentando a partir da definição de violência da OMS que descreve como “ato intencional com potencial de causar dano”, o MS justifica sua orientação de abolir o uso do termo violência obstétrica afirmando que tem “conotação inadequada, não agrega valor e prejudica a busca do cuidado humanizado no continuum gestação parto-puerpério’ e que o termo impõe intencionalidade associada ao ato realizado pelos profissionais independente do resultado. Reafirmando ao longo do texto que o órgão empreende esforços e tem estratégias para redução da morte materna e infantil, além da “prevenção de danos decorrentes de intervenções necessárias para a preservação da vida do binômio mãe-bebê” ratifica em que se pauta o compromisso do MS (BRASIL, 2019).

Percebe-se, desta forma, a impropriedade da expressão “violência obstétrica” no atendimento à mulher, pois acredita-se que, tanto o profissional de saúde quanto os de outras áreas, não tem a intencionalidade de prejudicar ou causar dano.[...] 9. Pelos motivos explicitados, ressalta-se que a expressão “violência obstétrica” não agrega valor e, portanto, estratégias têm sido fortalecidas para a abolição do seu uso com foco na ética e na produção de cuidados em saúde qualificada. Ratifica-se, assim, o compromisso de as normativas deste Ministério pautarem-se nessa orientação (BRASIL, 2019).

Leite (2022) a partir da discussão de outros autores, traz uma reflexão essencial para base da justificativa do MS para abolir o termo, a intencionalidade. Sobre isso, defendem que a distinção entre a violência ter sido intencional ou não, não é tão necessária, pois não muda a avaliação do impacto para a mulher e o recém-nascido. Esta abordagem vem no contexto em que apresenta o argumento do quanto uma estrutura inadequada potencializa a possibilidade de “ferir a dignidade e a privacidade de uma mulher”, além de reduzir a capacidade do serviço de saúde em oferecer a melhor assistência possível (LEITE, 2022, p. 485).

Pensando a partir da relação das práticas de saúde com a estrutura existente, as condições e relações do trabalho, caracterizar a intenção do profissional de saúde ou da instituição é desafiador e muito limítrofe sobre a responsabilização pessoal do trabalhador a respeito da precariedade do ambiente do trabalho. Infelizmente comum ao sistema de saúde são serviços com déficit acentuado de pessoal, ambiência física inadequada, oferta de conforto e privacidade durante o trabalho de parto, infraestrutura precária de mobiliários e equipamentos diagnósticos, e gravíssima pouca qualificação dos profissionais para oferta de tecnologias leves de alívio da dor e para comunicação esclarecedora, horizontalizada e efetiva com gestantes e seus acompanhantes. Todos estes fatores contribuem para a ocorrência da violência obstétrica a partir da violência institucional instalada.

Tais inadequações estruturais não justificam em momento algum a falta de responsabilidade institucional perante a violência mas também não podem ser uma barreira de proteção para reconhecimento das ações que caracterizam violência obstétrica realizadas por cada profissional. Todos os atos devem ser avaliados na conjuntura da assistência estabelecida, porém uma vez reconhecido o potencial voluntário do ato de violência obstétrica, ações de educação profissional, advertências e responsabilização devem ser implementadas pela gestão e uma posterior avaliação da mudança de conduta ou não daquele profissional.

Recordo-me de ter tido a experiência de ‘proibição’ do uso do termo 3 anos antes da proibição oficial. Em 2016 em reunião específica de gestão clínica de obstetrícia, fui ‘orientada’ a não usar o termo na mesa de gestão, nem nas reuniões da maternidade, nem com as pacientes

e familiares porque ali ninguém era “violentador”, eram médicos há muitos anos e mereciam respeito. O ofendido apropriou-se do termo violência obstétrica como algo praticado exclusivamente pela equipe médica e saiu em defesa precipitada de si e seus colegas que eu concluísse a minha proposta de rodas de conversa de sensibilização sobre o tema com todos os trabalhadores da unidade.

A equivocada noção de absolutos na prática do cuidado cega alguns médicos a ponto de tomarem para si todo o bônus e ônus do processo de oferta de assistência perinatal, manutenção da vida, controle de procedimentos inclusive a prerrogativa de que o termo de violência obstétrica refere-se apenas à atos praticados por médicos.

Assim como na estratégia utilizada de substituição de humanização por ‘assistência mais sensível’ para manter a conversa e minimamente debater o tema independente do convencimento dos pares (ou ímpares), por muitas vezes evitei o termo violência obstétrica naquelas reuniões especificamente, para evitar mais desgaste e ao menos avançar na pauta sobre as más práticas e danos na assistência. Mas em todos os outros espaços fiz questão de falar violência obstétrica pois é também uma forma de letramento e despertar nas pessoas para este termo ainda desconhecido por muitos.

Ironicamente na organização da Semana da Enfermagem de 2019, estava prevista pela primeira vez na maternidade uma mesa cujo tema era “Violência obstétrica e a redução da morte materna”, como as comemorações da Semana da Enfermagem ocorrem em maio e a publicação do despacho do MS estava muito em voga, recuamos no tema que mudou para “Boas práticas na prevenção da mortalidade materna” como estratégia de não afastar residentes e médicos principalmente, porém as falas dos participantes continham o termo violência obstétrica e inevitavelmente uma discussão sobre o despacho aconteceu, por sinal muito produtiva e oportuna.

Apesar de nota posterior do MS reconhecer o direito das mulheres usarem o termo que quisessem para descreverem suas experiências na gestação e parto, o termo e o tema continuam abolidos de todas as publicações oficiais do MS.

Entendo que estratégias de redução de hostilidades prévias à discussão sobre atos e procedimentos que caracterizam violência obstétrica são bem vindas a fim de promover o início da conversa, mas em dias de tantos retrocessos na pauta e efetivação dos direitos, me pergunto se ainda é possível amenizarmos o conflito, sem com isso camuflar ainda mais a profundidade do poço de violações que estamos.

O despertar acerca das violências passa pela percepção ou constatação de que a forma como foi ou está sendo tratada não condiz com respeito. Ouvir certas palavras por mais

que nos choque podem também acender a lâmpada da curiosidade sobre o que se trata e essa aproximação ser estopim de proteção pelo acesso ao conhecimento.

Resgatando a mensagem que enraizou em mim no programa de TV sobre humanização de maternidades suínas - a ausência de medo, penso ser este um componente central entre as recomendações previstas na cartilha de maternidade segura para suínos e que muito se relaciona com o quanto esta experiência me marcou e a ênfase no vínculo de confiança, mais uma vez reaviva esta mensagem na minha memória.

Um manejo que não atenda a um protocolo estrito é capaz de produzir prejuízos em efeito cascata [...] Interação adequada entre os animais e seus tratadores, de forma que os animais não manifestem medo em relação às pessoas que os manejam; Ausência de medo (BRASIL, 2018, p. 8).

Com o máximo cuidado possível, alerta novamente que a citação que trago a este texto retirado de uma cartilha de modelos propostos a animais, não pretende em nenhum momento ‘animalizar’ mulheres e sim alertar o quanto é possível ‘humanizar’ práticas em animais sendo portanto completamente viável humanizar práticas humanas.

Ignorantes dos termos técnicos ou acadêmicos sobre o que é melhor para si ou sem forças para lutar, reguladas pelo medo de serem destratadas é a maneira que a maioria das mulheres atendidas no SUS desde a atenção primária em saúde chegam aos serviços de atenção perinatal. Mas não assentindo os abusos e maus tratos.

Muitas vezes mais cientes do que não querem do que do que querem, quando elas chegamos serviços de saúde, a pergunta - o que você quer?, se apresenta como obrigação de um saber técnico e não como a possibilidade de decisões partilhadas. Podendo assim mais afastar e intimidar que dar voz para uma grande parcela de mulheres que se desenvolveu sem esta possibilidade de escolha, foi vivendo com o que tinha (ou não tinha), com o que deu ou dera com o que estava imposto, definido e não com o que desejavam ou poderiam construir. A proposta é que mulheres falem, construam e apresentem suas expectativas para o parto, seu concreto e imaginário sejam apresentados.

[...] diante do saber médico, são silenciados todos os demais conhecimentos sobre as práticas do cuidado. Contudo, nesse processo, a população vai, aos poucos, se apropriando desse novo saber. A forma dessa apropriação, contudo, não produz a emancipação – ou seja, não reduz a desigualdade instaurada entre o profissional que sabe e o não-profissional. Pelo contrário, essa apropriação do novo conhecimento se faz de modo a reproduzir e ampliar esta desigualdade, estabelecendo uma relação de dependência permanente, de tutela, de vigilância contínua. Por isso prefiro falar simplesmente em colonização por um saber médico (MATTOS, 2008a, p. 331).

Talvez seja esta uma barreira concreta à ampliação da proposta de planos de partos e ideário de vivência deste momento tão colonizado, dominado, prescrito por décadas pelo poder/saber profissionalizado que se impõe sobre corpos historicamente expropriados de seus saberes e de suas vozes intuitivas e aprendidas no convívio familiar e social. Como desaprendidas de formas de se cuidar, precisam de tutela, ensino e autorização, à respeito de sua saúde, fato quando aplicado ao parto propicia cenário de violação de direitos e deviolência obstétrica.

Uma nota oficial que reconhece a autonomia das mulheres para chamarem como quiserem a violência que sofrem no período gravídico puerperal não é suficiente. Precisa de promoção de espaço público de massa que discuta sobre o tema, use linguagem acessível para todas as classes sociais e que estimule a autonomia feminina no cenário do parto. Autonomia e não isolamento, abandono, descaso. Precisa de ampla divulgação sobre quais são as boas práticas no parto e nascimento consolidadas em experiências exitosas de redução da morte materna, fetal e neonatal e experiência positiva no parto, ao redor do mundo. Precisa avisar em outdoors e painéis do transporte público o que não são boas práticas!

Ao acessarem que toques vaginais excessivos e por múltiplos profissionais, episiotomia de rotina, manobra de kristeller, amniotomia precoce, uso de ocitocina de rotina, cesariana sem indicação clínica e imposição da posição do parto são práticas não recomendadas na atenção ao parto (LEITE, 2022, p. 486) e podem trazer danos graves à saúde, as mulheres e seus acompanhantes talvez atentem para a gravidade dos atos de “ajudinha” dada por tantos profissionais para agilizarem o parto e “aliviar o sofrimento” das mulheres, quando na verdade estão praticando violência obstétrica.

Ainda temos um longo caminho para tantas reparações históricas de abusos cometidos a pedido ou com autorização e agradecimento por parte de mulheres e familiares, devido à idéia de que foram assistidos ao invés de “largados” sem atenção por parte de algum profissional, muitas vezes solicitam práticas desaconselháveis na atenção pré-natal e no parto ou não se opõem às mesmas por desconhecimento e ou medo de sofrerem retaliações por parte dos profissionais. Escrever isso, chega dói.

O lugar construído de comando do parto não é descolado do patriarcado estruturante da nossa sociedade, porém não só operacionalizado por homens. Comportamento assumido e infelizmente aprendido também por mulheres que foram ocupando este espaço doorquestrador do processo de parir com batutas construídas ao longo da medicalização do parto e patologização do fisiológico que inibem a liberdade, afinal ela é ameaçadora da exata previsibilidade do processo. Há um controle a ser exercido. Um corpo convidado e ambientado

na liberdade fisiológica não deveria nos assustar como profissionais humanos de saúde. A fisiologia da gestação e do parto são favoráveis ao corpo livre para diferentes posições, sons, expressões, sentimentos, inclusive partindo do desconhecido traquejo de tudo isso. “Liberdade é não ter medo” disse Nina Simone!

Assim como o medo de perda de lugar no mercado consumidor de carne suína incentivou a adequação humanizada das maternidades suínas, será que mecanismos além das legislações e protocolos, políticas de incentivo financeiro e perda de custeio, serão ainda necessários para adequação das práticas humanizadas, seguras e respeitosas as mulheres? O que se consolida nas últimas décadas é a crescente judicialização no campo da saúde e a responsabilização civil e institucional dos comprovadamente envolvidos na violação dos direitos das mulheres e seus bebês. Será preciso o medo da perda financeira ou a efetiva perda pelos profissionais, instituições e o Estado através de oneração por indenizações, para real cumprimento das boas práticas? Será que, infelizmente, o medo dos profissionais vai ser ferramenta para o fim do medo das mulheres? Que não seja este o dispositivo de mudança.

Paralela à falta de respostas mais concretas sobre as questões anteriores, uma das respostas que tenho percebido a partir de muitas mulheres que sofreram violência obstétrica tem sido o engajamento político e social contra as tantas formas de violências cotidianas e não somente a obstétrica.

Às mulheres que se permitem abrir-se tanto à exposição pública ou em esferas menores sobre a violência que viveram quanto à possibilidade de serem acolhidas e instrumentalizadas juridicamente ao perceberem o cenário assustador que se expuseram quando lhes deveria ter sido assegurado segurança, proteção, liberdade de exposição da intimidade e mantida sua privacidade com garantia de bons tratos e cuidado obstétrico eficaz um caminho de reparação se inicia.

Para muitas o caminho de luta contra a naturalização da violência é a formação de grupos e redes de apoio a outras mulheres que sofrem violências durante o processo gestacional, parto, nascimento e puerpério tem se construído um importante movimento que além de serem potentes núcleos de informação e prevenção, configuram-se também como canais de denúncia e fortalecimento do combate à violência obstétrica.

É claro que não é aceitável que, por exemplo, o modo de organização dos serviços gere ou agrave por ele mesmo o sofrimento. Caberia buscar estratégias que, por levarem em conta as razões das pessoas e suas estratégias de busca dos serviços de saúde, não produzam barreiras e nem deixem sem alguma forma de resposta o sofrimento das pessoas. Sobre isso, cabe registrar que conhecemos ainda muito pouco sobre o sofrimento provocado por nossas práticas de cuidado e pelos nossos arranjos dessas práticas. Um esforço de analisar as trajetórias das pessoas e seus dramas nas relações com os serviços e profissionais de saúde pode alimentar nossos esforços de instituir novos arranjos e novas práticas (MATTOS, 2009, p. 779).

Dialogando com Mattos (2009) no contexto da atenção ao parto e nascimento, é inadmissível seguirmos com uma cultura organizacional de maternidades e hospitais de referência à gestantes e puérperas que não priorizem a revisão de suas práticas incluindo a pauta e o termo violência obstétrica no seu escopo de protocolos e rotinas, discussões com equipes de trabalho incluindo serviços de apoio, administrativos e profissionais de saúde da assistência direta e gestão.

Ao registrar que ainda “conhecemos pouco sobre o sofrimento provocado por nossas práticas de cuidado”, Mattos (2009, p. 779) encontra com Leite (2022, p. 487) que relaciona a falta de conhecimento sobre as consequências dos atos de desrespeitos, abusos, maus tratos e violência obstétrica à falta de consenso sobre a terminologia e a definição desse campo teórico na literatura. Entendendo conhecimento como produção científica, Leite aponta a inexistência de um instrumento validado de pesquisa sobre o assunto como dificuldade principal à realização de estudo mais acurado sobre o que a violência gera na vida das mulheres e bebês (LEITE, 2022, p. 487).

Ao acessar minhas memórias e vivências ao longo destes 26 anos de escuta de mulheres em diferentes espaços sobre suas experiências de gestação, parto, puerpério e abortamento, muitas são as falas que refletem encontros entre o desejo de boas experiências e a efetivação disso mesmo contendo situações de violências não identificadas por elas. Mas os desencontros são muitos também. O desejo de se sentir cuidada encontrou a má assistência. Muitas referem a relação interpessoal com os profissionais e trabalhadores da saúde como o que mais lhe afetaram negativamente. Falas de medo, abandono, dores e queixas ignoradas ou minorizadas, tristeza profunda, arrependimento de terem engravidado ou procurado por aquele serviço, até sequelas graves no organismo estão no triste repertório dos relatos que configuram desencontros na efetivação dos direitos destas mulheres.

Aos pesquisadores pode faltar consenso sobre as repercussões da violência obstétrica nas mulheres, mas para quem está no serviço com disponibilidade a percebê-las e ouvi-las as hipóteses são concretas. Agora, principalmente para as mulheres vítimas de violência

obstétrica, não há nenhuma dúvida sobre o potencial danoso e as marcas deixadas. Elas, ao contrário de Mattos e Leite, conhecem muito sobre o sofrimento provocado por nossas práticas de cuidado.

Ultimamente tem sido muito visibilizada na grande mídia a questão da violência obstétrica, infelizmente não por se tratar de algo superado, comum no passado, mas prática cotidiana nos espaços de assistência em saúde materno infantil atingindo mulheres de todos os níveis socioeconômicos, mas obviamente sendo mais perpetrada às mulheres pobres, negras e com baixa escolaridade justamente o grupo por quem os indicadores de qualidade da atenção ao parto são piores avaliados de acordo com os dados do inquérito Nascer no Brasil (LEITE, 2022, p. 486).

Os fatores que propiciam a violência, sua prevalência, consequências nas vidas das mulheres e bebês, e dados epidemiológicos que caracterizam a violência obstétrica serão estimados pela pesquisa Nascer no Brasil II, que já está em campo coletando dados entre eles sobre a violência obstétrica a partir de um questionário proposto pela OMS e adaptado para a realidade brasileira. A ausência de dados concretos sobre o tema não será mais razão para o adiamento do reconhecimento da grave violação de direitos das mulheres e ainda dará subsídios para a criação de políticas públicas específicas para o enfrentamento da violência obstétrica.

Vislumbro que os resultados do novo inquérito nacional sobre o parto e nascimento virão em um tempo propício à mudanças significativas nas formas de parir, nascer e viver. Em uma gestão do Ministério da Saúde que defenda valores democráticos da nação, reconhece, respeita, assegura e promove os direitos humanos para que as constatações e recomendações feitas pela pesquisa sejam apreciadas e gerem ações por todo território nacional de qualificação da assistência materno infantil e enfrentamento da violência obstétrica.

3 DIREITOS, COR , CEP E DESTINOS NÃO TRAÇADOS NA MATERNIDADE

Sou feliz por um triz
Por um triz sou feliz
Mal escapo à fome
Mal escapo aos tiros
Mal escapo aos homens
Mal escapo ao vírus Passam raspando
Tirando até meu verniz

Gilberto Gil, 1984

Início este capítulo descrevendo brevemente a trajetória histórica dos direitos sexuais e reprodutivos e a partir desta pauta apresento memórias da minha trajetória como enfermeira e algumas percepções, ao longo destes anos, sobre como cor, território onde mora, e a forma de se comunicar ainda traçam percurso de maior amparo ou desamparo às mulheres em serviços de saúde, aqui especificamente em maternidades.

Passando pela reflexão das marcas deixadas pela escravidão, discuto brevemente as maternidades precarizadas das mulheres negras que carregam na pele a cor tida historicamente como autorização para a sistemática violação dos direitos.

Prossigo trazendo reflexões sobre como as estratégias previstas na Rede Cegonha apresentam-se como redutoras de iniquidades, promotoras e garantidoras de direitos e consolidação de práticas humanizadas e humanizadoras na assistência obstétrica brasileira.

Encerro este capítulo compartilhando a memória recente do desafio imposto na pandemia de COVID19, sobre o fazer gestão e garantir cuidados aos trabalhadores da maternidade e às mulheres, bebês e acompanhantes, mantendo proximidade no distanciamento, no esforço de ter esperança diante do não vivido.

3.1 Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos, Onde Estão?

Me cansei de lero-lero
 Dá licença mas eu vou sair do sério
 Quero mais saúde
 Mecansei de escutar opiniões
 De como ter um mundo melhor
 Masninguém sai de cima
 Nesse chove-não-molha
 Eu sei que agora
 Eu vou cuidar mais de mim

Saúde, Rita Lee, 1981

O exercício dos direitos prevê o conhecimento mínimo de autonomia, reconhecer-se ser humano inteiro, o mínimo de curiosidade inquietante sobre autoconhecimento e apropriação de si, para questionar: tenho direitos? Quais são? Onde estão?

Considero falar sobre direitos reprodutivos partindo das aplicações casuais ouvidas desde a infância diria que minha construção acerca do tema até a adolescência aproxima-se muito mais das violações destes que da garantia dos mesmos. Espantoso? Estranho? Sim, me gera estranheza há muitos anos e me surpreende que ainda hoje nas tantas escutas e conversas com familiares, amigos e mulheres em diversos espaços que transito e nas redes sociais me deparo com as mesmas frases, ditas com grande frequência por mulheres:

Tem que ligar ela ! Ligar logo antes que esteja cheia de filho. Não tem que perguntar se quer, tem que cortar logo essas mulheres. Se for para ligar, eu ajudo, pra comprar fralda não ajudo não[...]. Já vai abrir a barriga mesmo, corta os canais logo. Engravidei pra ligar[...] porque só assim né?

Mesmo me causando estranheza as formas deliberadas com que ouvia as censuras às mulheres, nos diferentes espaços de convivência, sobre a decisão de ter filhos, quantos tê-los, quando tê-los e como tê-los, até minha entrada na universidade não conseguia argumentar de forma a ser ouvida. Ouvida, não significa ser escutada nas conversas, e quando às vezes manifestava minha estranheza, sem ainda saber nomear como violação, seguia elaborando internamente.

Processos de transformação através de acessos a outros conteúdos, outras pessoas, outras vozes e reconhecimento da minha identidade em descoberta, foram contribuindo para desaprender tantas ‘verdades’ internalizadas e construídas no lugar do afeto e referência forte

vindas da minha família e espaços de pessoas que sempre serviram de referência para mim.

Algo que constatei após tomar conhecimento dos diversos métodos contraceptivos existentes é que a premissa de 'escolha' não é verdadeira na vida real das mulheres. Fui apresentada aos métodos contraceptivos no ensino fundamental (idos de 1990), o discurso 'correto' é claro, foi que a partir do conhecimento dos mesmos, a pessoa deveria fazer uma escolha pelo que melhor se adequasse juntamente com a opinião de um profissional de saúde, apenas evitabilidade de gravidez, sem referências à época sobre a questão dos direitos.

Obviamente ao longo dos anos fui reconhecendo que a violação do direito se iniciava na falta de informação e consequente má escolha de métodos contraceptivos. E mais gravemente, a falta de conhecimento da maioria das pessoas sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, inclusive o direito à cirurgia de esterilização mesmo não tendo filhos. Este é um dos direitos mais difíceis de ser acessado, pois a tendência de regulação dos corpos, femininos principalmente, por profissionais de saúde e pela sociedade em geral impõe obstáculos da esfera moral. Para as mulheres pesa o quanto esta decisão pode dificultar um relacionamento estável no futuro, devido a mulher não poder gerar filhos. Infelizmente a institucionalidade dos serviços é ainda submetida às formas inadequadas de abordagem e violadoras dos direitos ao invés de esclarecedora sobre os direitos.

De acordo com o Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica – UNFPA (2021):

Os direitos sexuais e reprodutivos estão sob o 'guarda-chuva' do direito à saúde, pois são fundamentais para o bem-estar físico, emocional, mental e social das pessoas. Direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos, ou seja, direitos básicos que devem ser assegurados a todos os seres humanos, sem distinção de situação social, raça/cor, nacionalidade, cultura, religião, gênero, orientação sexual ou qualquer outro aspecto (UNFPA, 2021, p. 8).

Viver e expressar a sexualidade de forma plena, segura e prazerosa, livre de estigma, violência, discriminação e imposições – e com total respeito pelo corpo das outras pessoas com quem se relaciona [...] ter acesso à informação e educação sobre saúde reprodutiva [...] decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filho(s), quantos filhos deseja ter e em que momento da vida (UNFPA, 2021, p. 10).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) de 2019 as mulheres que mais realizaram laqueadura foram as negras- número três vezes maior que mulheres brancas, solteiras e entre 40 e 49 anos. Quando comparado com os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) a oferta de cirurgia de ligadura tubária reduziu em quase 50% entre 2019 e 2021, provavelmente muito relacionado também à suspensão de procedimentos eletivos devido à pandemia, além da comum dificuldade de acesso gerado ao procedimento pela inadequação de oferta e procura (GUIMARÃES, 2022).

Durante muitos anos conduzi encontros de aconselhamento familiar, desde a experiênciacom enfermeira na ESF em zonas rurais até no ambulatório da maternidade no Rio de Janeiro.As percepções das mulheres acerca do seu próprio corpo não se diferenciavam muito, mesmo em realidades tão distintas. Desconhecimento de seu funcionamento, das funções fisiológicas essenciais para prática sexual satisfatória e não apenas regulada pelo medo de gestar, eram as pautas que mais conversávamos. Ao apresentar os diferentes métodos e os aspectos legais e osdireitos previstos na lei, o espanto e indignação pela dificuldade de acesso eram manifestados e inegáveis. Além da baixa resolutividade do sistema de oferta de procedimentos como inserção de DIU, laqueadura e vasectomia, os mais desejados entre os participantes dos grupos, a inconstância de métodos hormonais orais ou injetáveis disponíveis nas farmácias do SUS, também contribuíam para a descrença de que o conteúdo compartilhado, por mais que eu trouxesse para o contexto daquele cotidiano, fosse possível de ser vivido. Era o desencontro entre teoria e prática.

Dentre muitas outras falas, a constante busca das mulheres por um método contraceptivo definitivo e também o incentivo a esta prática por pessoas não grávidas é uma realidade diária nas minhas andanças pelos espaços da maternidade assim como em outros lugares que frequento ao ser identificada como ‘enfermeira de maternidade’. Comumente escuto a recomendação de que *“o melhor é cortar logo, já tem filhos demais”*, após ser consultada sobre o movimento da maternidade. Partindo do pressuposto que todas as mulheres queatendo são muito jovens, grande multíparas e pobres, a falsa e perversa autorização social de decisão sobre o corpo feminino se manifesta. Trazendo pano de fundo mais complexo como a esterilização não consentida de mulheres pobres e em situação de rua ou em dependência química. Confesso que é difícil seguir a conversa nessas situações. Discursos de violação sempre são desencontros desafiadores do diálogo.

Para além das barreiras institucionais de acesso aos diferentes métodos contraceptivos eda ‘norma’ social da esterilização, a falta de conhecimento de si seja corporal e de seus direitos, uma autonomia mesmo real, influenciava diretamente na busca por um método definitivo. O uso de preservativo feminino era praticamente hostilizado (ainda é) pelas mulheres, referiam vergonha, medo de serem tachadas como doentes ou o que o companheiro iria pensar dela exigindo camisinha. E ignorando os muitos benefícios do método, recusavam receber os preservativos a fim de exercer algum direito de autonomia de escolha, e sim devem ser respeitadas. Porém trago aqui a reflexão pelas justificativas apresentadas, ouvidas até hoje de diferentes perfis de mulheres que se expõem ao risco de adoecerem pelas infecções sexualmente transmissíveis em detrimento do autocuidado e escolhas mais protetivas de si.

A desconfiança da eficácia de métodos contraceptivos, entre as mulheres principalmente, pelas vivências que tive, estende-se à vasectomia. Quando não se tem, ou não se segue de no pós-cirúrgico fazer uso de preservativo no mínimo entre 20-30 ejaculações, até realização de exame de espermograma, exame que certifica a ausência de espermatozóides no líquido seminal, é raro, porém pode ocorrer uma gestação indesejada. Esse desencontro de informação, ou a má orientação coloca a credibilidade e eficácia desse método contraceptivo sob suspeita.

Uma das grandes dificuldades para a maior adesão dos companheiros ao método definitivo da vasectomia que percebia durante os encontros de aconselhamento familiar, relacionava-se ao fato de não comparecerem às reuniões, era por incompatibilidade de horários, principal razão relatada pelas mulheres que lá estavam ou pelo temor de cirurgia gerar impotência sexual. Tratar de desmistificar a vasectomia e ampliar a divulgação de informações corretas e o acesso à cirurgia é uma forma de cuidar de muitas mulheres indiretamente, pois a técnica de laqueadura tubária, suas possíveis complicações, efeitos colaterais são bem mais complexas que as da vasectomia. E ainda confere aos homens a responsabilização pelo seu planejamento reprodutivo, promovendo autonomia e reduzindo fardo carregado por mulheres sobre a tarefa de evitar gestações e responderem por algo sozinhas que carrega o nome de 'familiar' e voluntário. Novamente a construção de sujeitos autônomos e responsáveis a partir do acesso às informações corretas aponta para a efetivação dos direitos das mulheres.

O acesso e efetividade do direito à saúde por mulheres dispara uma cascata de exercício dos direitos por homens, crianças, idosos e outras mulheres. A forte tendência feminina cuidadora (construída socialmente) é potencializadora do despertar e indicação do cuidado como direito aos que as cercam e à sua rede tanto amparada por si quanto a que também a ampara.

Uma das práticas que adotávamos, eu e as outras profissionais, nos grupos de aconselhamento familiar na maternidade para facilitarmos a conversa no encontro, era emprestar o livreto do MS - Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos Contraceptivos-2006, aos participantes inscritos no grupo para se familiarizarem com o conteúdo e ao chegarem no encontro se possível já trazerem suas dúvidas, compartilharem aquilo que foi novo para eles, maneiras de acessarem seus direitos. Era sempre uma experiência muito boa, além da troca riquíssima que acontecia entre as próprias gestantes, seus companheiros, outros homens e puérperas que também frequentavam esse grupo. Cabia aos profissionais serem puxadores desse fio de conversa sobre os direitos e métodos e das novidades que esse documento traziam, sendo passadas pelos próprios usuários.

A potência das trocas nesses grupos foi uma das experiências mais importantes emarcantes da minha trajetória, ali eu vivenciava o encontro entre cidadãos e seus direitos, descoberta ou fortalecimento da autonomia e ainda a possibilidade de engajar outros nessa realidade e envolver-se na construção do SUS que dá certo.

Ao aprofundar-se no campo de conhecimento e exercício dos direitos, um direito acessado e exercido puxa outro direito previsto, identifica a lacuna de direitos não previstos e gera reivindicações para a criação de outros direitos. Engana-se quem pensa que esta mesma população consciente de direitos só quer direitos, como muitas vezes ouvi e ainda ouço. A consciência cidadã e convicção de pertença à construção dos direitos atrela automaticamente a noção de dever a ser cumprido. As prerrogativas do exercício do direito sempre caminham junto com a necessidade de cumprimento de etapas e comportamentos que corroboram para manutenção de uma sociedade guardiã do direito humano. Essa autonomia exercida gera encontro com coletividade e corresponsabilização de decisões.

3.2 Do Planejamento familiar ao Direito Reprodutivo: o protagonismo das mulheres negras por novas políticas

Sobre os direitos sexuais e reprodutivos neste aspecto, até o uso do termo Planejamento Reprodutivo ao invés de Planejamento Familiar aponta para o exercício da autonomia responsável e voluntária sobre a decisão de ter filhos ou não, quantos ter e com que intervalo de tempo. E mesmo na escolha de não constituir família, este termo reprodutivo é usado junto ao direito sexual por abranger mais integralmente o livre exercício da sexualidade, seja pela concepção que também inclui cuidados nos casos de infertilidade ou da contracepção (UNFPA, 2021, p. 9).

Em 2008 completaram 50 anos do reconhecimento do planejamento familiar como um direito humano fundamental, e este fato foi tema das comemorações do Dia Mundial da População daquele ano. Definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) como o dia 11 de julho, é a data que convoca os seus membros a reverem seus compromissos com suas populações.

No Brasil foi realizado pelo Fundo de Populações das Nações Unidas (UNFPA) um seminário seguindo o tema da ONU- "Planejamento familiar: é um direito, vamos fazer disso uma realidade" no qual foram discutidas a partir dos compromissos assumidos pela ONU para a garantia do direito universal à saúde sexual e reprodutiva e ao planejamento familiar as

ações para vencer os obstáculos e potencializar os avanços já realizados pelo país na área dos direitos reprodutivos e do planejamento familiar até aquela data (UNFPA, 2008, p. 7).

Por sua origem de postura natalista sobre controle populacional, o termo planejamento familiar já era questionado há algumas décadas pelos movimentos de mulheres e de saúde pública. Até 1979 o Estado brasileiro considerava a esterilização crime de lesão corporal baseado no Código Civil de 1940 que também previa como ato ilícito a propaganda de qualquer substância ou objeto que pudesse evitar gravidezes. Estas leis foram discutidas no Congresso Nacional por mais de dez anos até serem revogadas, enquanto eram amplamente decumpridas em todo território nacional por meios inseguros e por meios contraceptivos comercializados em farmácias, principalmente as pílulas com acesso muito restrito às mulheres com maior escolaridade e poder econômico e nas regiões urbanas. Enquanto às mulheres pobres, negras, indígenas e asiáticas a regulação hormonal e ciclos reprodutivos eram muitas vezes recurso de controle compulsório de natalidade, além da esterilizaçãocirúrgica já amplamente realizada (GÓES, 2018, p. 31; UNFPA, 2008, p. 13).

Durante as décadas de 70 e 80 ganham força o discurso de que as decisões relacionadas ao corpo e à reprodução são de cunho pessoal, no contexto de redemocratização do país, vozes de movimentos feministas aliadas às da reforma sanitária, parlamentares e pesquisadores contribuíram para a instituição de um sistema único de saúde que garantisse acesso igualitário e universal aos serviços de saúde reprodutiva. Desde a década de 60 crescia exponencialmente no país serviços particulares ou de convênios com prefeituras e universidades que promoviam ações de planejamento familiar e oferta de métodos anticoncepcionais, mas paralelamente além de milhares de mulheres não acessarem estes serviços, observou-se em pesquisas realizadas até início da década de 90, que método irreversível de contracepção era o mais usado em regiões mais pobres do país, chegando a 62% das mulheres nordestinas esterilizadas, onde se concentra a maior parcela de negras do país (GÓES, 2018, p. 31; UNFPA, 2008, p. 13).

Góes (2018, p. 31) destaca o envolvimento profundo do movimento de mulheres negras brasileiras em resposta a esta realidade, que já se articulavam para a promoção de mudanças na construção da autonomia e garantia de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres menos favorecidas, desde a década de 70 e apresenta os resultados profícuos desta luta.

Neste período, movimento de mulheres negras no Brasil travava um grande debate nacional com pesquisadoras, parlamentares e feministas alertando a respeito das seguintes questões: está em curso um processo que tem a mulher negra e pobre como alvo; são essas mulheres que estão sendo induzidas à ligadura tubária e se faz necessário coibir o processo de esterilização em massa dessas mulheres. Essa luta vai resultar na criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPI), instaurada pelo Congresso Nacional Brasileiro, no ano de 1991. A comissão constatou que houve prestação inadequada dos serviços oferecidos pelas instituições privadas financiadoras de métodos contraceptivos, inclusive os irreversíveis, sendo expandida principalmente, nas regiões mais pobres do país. Em 1996, por meio da recomendação da CPI, foi aprovada a Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) que regulamenta o acesso à esterilização feminina (GÓES, 2018, p. 31).

Góes (2018, p. 32) descreve ainda que o movimento de mulheres negras no preparo para a Conferência do Cairo com a formulação da “Declaração de Itapeçerica da Serra” em 1993, declaram que:

[...] a liberdade reprodutiva é essencial para as etnias discriminadas e reivindica ao Estado brasileiro a garantia dos direitos reprodutivos, assegurando as condições necessárias para a manutenção da vida de forma que as mulheres negras pudessem exercer a sua sexualidade e seus direitos reprodutivos controlando a sua própria fecundidade, decidindo se queriam ter ou não os filhos que desejassem. Para tanto, o Estado deveria garantir acesso a serviços de saúde para atenção de boa qualidade à gravidez ao parto e ao aborto. GÓES, 2018, 32

Sob influência de movimentos internacionais realizados ao redor do mundo e no Brasil como a Conferência Internacional de Direitos Humanos em Teerã (1968), Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo (1994), Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, em Belém do Pará (1994) e a IV Conferência Internacional da Mulher em Pequim (1995), avanços nas políticas nacionais, na legislação brasileira e na oferta de métodos contraceptivos foram sendo feitos como a inclusão da concepção e da contracepção no PAISM (1983) de forma distanciada de controle populacional e fecundidade. A previsão de direito dos indivíduos ao livre planejamento familiar na Constituição Federal (1988) até a criação da Lei do Planejamento Familiar (Lei 9263/96) em 1996 (UNFPA, 2008, p. 13; UNFPA, 2021, p. 11).

Outros marcos históricos políticos em nível internacional e nacional compõem esta trajetória de construção dos direitos sexuais e reprodutivos. Um fato que confere importante mudança no olhar macro para as mulheres brasileiras ainda na década de 90, é a dissociação em 1998, da atenção à saúde da criança e da atenção à saúde da mulher na Coordenação Materno-Infantil do MS. Como áreas técnicas separadas, o enfoque nas necessidades da mulher não somente no papel de mãe passam a ser melhor discutidas (UNFPA, 2008, p. 14). Além do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM)

em 2004, a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (2005), a aprovação da Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006) de proteção a mulheres vítimas de violência doméstica e familiar (2006), a Política Nacional de Planejamento Familiar e o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS ambos em 2007 (UNFPA, 2021, p.11; EPSJV, 2009).

A efetiva participação do movimento de mulheres negras neste contexto de marcos e avanços é apontada por Góes (2018, p. 32) ao relatar que o movimento passou a interferir na “construção da agenda mais incisiva da saúde pública” sobre os direitos reprodutivos principalmente das mulheres negras, que resultou em 1996 na inclusão do quesito raça/cor nos sistemas de informação de nascidos vivos e de mortalidade, e em 2006 na criação da Política Nacional de Saúde da População Negra que tem por finalidade reduzir e erradicar o racismo e desigualdades na assistência em saúde que contribuem para a morbimortalidade da população negra, campeã histórica da violação de direitos fundamentais, como um todo no Brasil (GÓES, 2018, p. 32).

Dentre os marcos internacionais destacam-se ainda o Estabelecimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pela ONU em 2000 que incluíam promover a igualdade de gênero e melhorar a saúde materna; a Promulgação no Brasil, em 2002, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher; em 2013 o Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento, que incluiu o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva como tema prioritário; a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável lançada em 2015 pela ONU; o lançamento da meta dos três zeros até 2030 pelo Fundo de População da ONU (UNFPA) - zero morte materna evitável, zero necessidade não atendida de planejamento reprodutivo e zero violência baseada em gênero e práticas prejudiciais; e a Cúpula de Nairóbi (2019), que retomou a CIPD 25 anos depois do Cairo (UNFPA, 2021, p. 11,18).

Um marco nacional essencial de reforço da autonomia corporal sobre direitos sexuais e reprodutivos é bem recente e significativo para os que militam há décadas neste campo. Foi aprovada em 10 de agosto de 2022, o PL 1941/2022 “que reduz para 21 anos a idade para a realização de laqueadura ou vasectomia, sem a necessidade de autorização do cônjuge”. A alteração da Lei do Planejamento Familiar de 1996 que previa idade mínima de 25 anos e autorização do cônjuge para realização dos procedimentos é um importante avanço para a garantia dos direitos, mas não nos isenta da responsabilidade profissional de ofertar orientações e fazermos reflexões acerca da ‘escolha’ por um método definitivo ser o mais realizado entre pessoas negras, mais pobres e de baixa escolaridade, mesmo com a oferta de tantas outras

opções.

Em uma das histórias comoventes e provocadoras contadas por Rocha (2020, p. 137) a relação das dificuldades impostas pelo cotidiano da pobreza, relações precárias de trabalho, baixa escolaridade, pouco acesso à informação de qualidade, adoecimento crônico, exaustão constante e déficit de autocuidado com a falta de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos é descrita em uma narrativa que nos convida ao entendimento de que oportunizar e letrar pessoas sobre seus direitos fundamentais deve ser inerente aos atendimentos em saúde de todas as clínicas. A restrição desta abordagem somente aos serviços de obstetrícia é impedir que mulheres acessem em tempo oportuno informações que previnam ISTs e gravidez não planejada. Hoje os direitos sexuais e reprodutivos mais difundidos na atenção primária pelas equipes multiprofissionais abrem uma grande janela de oportunidade para redução da morte materna por abortos inseguros e complicações decorrentes de alto risco reprodutivo.

Rocha (2020, p. 137) sob as letras de “Quando o Estado aparece por aqui?” alerta para a dificuldade de acesso para inserção do DIU de cobre (dispositivo intra uterino), um dos métodos contraceptivos mais seguros e eficazes e livres de hormônios, fator muito relevante para o perfil cada vez mais comum entre mulheres de idade fértil, que são as portadoras de doenças crônicas. Amplamente distribuídos em território nacional, a adesão ao método enfrenta ainda muitas barreiras de ordem *desorganizacional*, uma vez que a priorização de agendas e capacitação de profissionais para inserção do DIU em unidades básicas de saúde e em maternidades após o parto, ainda é um impasse em muitos municípios brasileiros. Enquanto isso mulheres aguardam longos meses para a oportunidade de inserção e muitas por uso de métodos menos eficazes ou de forma inadequada, engravidam sem desejar.

Considerando que no estudo *Nascer no Brasil* (2014, p. 3) aproximadamente 30% das gravidezes foram não desejadas, 9% das mulheres relataram insatisfação com a gestação e 2,3% referiram ter tentado interromper a gestação, que a pauta de direitos sexuais e direitos reprodutivos são interdependentes e sua discussão e exercício também caminham juntos, refletir sobre estes números e seus impactos na vida das mulheres e busca por garantia de seus direitos a partir da autonomia, requer levarmos em conta o contexto social em que estão inseridas as mulheres e meninas que mais engravidam não intencionalmente. Elas são majoritariamente assistidas pelo SUS.

Enquanto escrevo, minhas memórias borbulham sobre as tantas mulheres que atendi durante alguns anos na consulta de enfermagem ofertada à demanda espontânea ambulatorial para realização de testes de gravidez. Mas escolho trazer aqui a memória sobre Natalina, apresentada ainda menina por Conceição Evaristo, em seu premiado livro *Olhos d'Água*. As

experiências das quatro gestações de Natalina são narradas em detalhes que representam muitas das histórias que ouvi na sala 03 do ambulatório.

Natalina alisou carinhosamente a barriga, o filho pulou lá de dentro respondendo ao carinho. Ela sorriu feliz. Era a sua quarta gravidez, e o seu primeiro filho. Só seu. De homem algum, de pessoa alguma. Aquele filho ela queria, os outros não. Os outros eram como se tivessem morrido pelo meio docaminho. Foram dados logo após e antes até do nascimento. As outras barrigas ela odiara...embora fosse ainda quase uma menina quando pariu o primeiro filho (p.43) [...]. Na primeira e na segunda fora apanhada de surpresa...Não queria o menino...Uma enfermeira quis o menino. A menina- mãe saiu leve e vazia do hospital!(p.45) [...] A segunda gravidez foi também sem querer, mas ela já estava mais esperta. Brincava gostoso com os homens,mas não descuidava...Mesmo assim, um dia uma semente teimosa vingou...Ela não queria ficar com ninguém. Não queria família alguma. Não queria filho. Quando Toinzinho nasceu, ela e Tonho já haviam acertado tudo. Ela gostava dele, mas não queria ficar morando com ele... Tonho chorou muito e voltou para a terra dele, sem nunca entender a recusa de Natalina diante do que ele julgava ser o modo de uma mulher ser feliz. Uma casa, um homem, um filho [...]. Voltou levando consigo o filho que Natalina não quis...Aterceira gravidez, ela também não queria. Quem quis foi o casal para quem Natalina trabalhava. (p.46) [...]. Um dia, enquanto divagava em seus sonhos de pretensa dona, o telefone tocou. Era a patroa que ligava do estrangeiro, emprantos, lhe pedia ajuda... A mulher queria um filho e não conseguia. Estava desesperada e envergonhada por isso [...]. Não entendeu porque aquela mulher se desesperava e se envergonhava tanto por não ter um filho.(p.47) [...]. Um dia a criança nasceu fraca e bela. Sobreviveu. Os pais choravam aflitos. Natalina quase morreu.(p.48) (EVARISTO, 2016, p.43-48)

Em Natalina e todas as nuances de sua história, todos nós lembramos de alguém ou de nós mesmos Conceição Evaristo me empresta na ficcional-viva mulher negra de seu conto, a chance de ilustrar a realidade sobre muitos aspectos da informação, o acesso e efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos, desde a liberdade de exercer a sexualidade de forma segura e prazerosamente até se deseja ou não ter filhos, quantos deseja ter e em que momento da vida.

O Relatório da Situação Populacional-2022 da UNFPA, apresenta os termos “gravidez não intencional” ou “gravidez não planejada” e “gravidez indesejada”, e ao diferenciá-los contribui para o enfrentamento de um problema mundial gravíssimo e ao mesmo tempo simples pela esfera de proximidade em que ocorre com todas as pessoas do globo. Entre as não intencionais estão as: inoportunas- ocorrem num momento da vida da mulher que ela não havia planejado, mas era do seu desejo ter filho ou mais filhos, e as não planejadas- ocorrem para mulheres que não planejaram ter filho ou mais filhos, podendo estar ou não no campo do desejo e independe do desfecho. E as gravidezes indesejadas ocorrem quando a mulher não quer ter a gestação (UNFPA, 2022, p. 7-8).

Não intencional nem sempre significa indesejado. Algumas gestações não intencionais serão comemoradas. Outras terminarão em aborto induzido ou espontâneo. Uma parte permanecerá indesejada, mas será levada a termo. E muitas serão recebidas com ambivalência. Essas gestações podem não ser exatamente não intencionais, mas também não ser totalmente deliberadas, ocorrendo quando uma pessoa não tem a possibilidade de articular plenamente o que deseja em sua vida – ou mesmo imaginar uma vida em que a gravidez seja uma escolha (UNFPA, 2022, p. 12).

Objetivando aliviar fardos pesados de sofrimento, medo e culpa que acompanham a maioria das gravidezes não intencionais e principalmente as indesejadas, é urgente trazer estes conceitos para o dia a dia da assistência obstétrica desde a formação dos profissionais e fazer destas abordagens, conversas com meninas e mulheres do momento que se ofertam os testes de gravidez até o parto. Assim contribuimos para a construção de vínculo de confiança com as equipes de assistência e de serviços de apoio às mulheres para promoção de autocuidado e priorização de atitudes que não contribuem para o seu adoecimento, adesão ao pré natal e se desejado pela mulher, inclusive o suporte necessário para a entrega voluntária da criança para adoção. Promovemos a garantia do direito reprodutivo de ter uma maternidade segura.

O relatório aponta que aproximadamente 50% das gravidezes no mundo estão entre as não planejadas e as indesejadas. A pesquisa alerta que as principais razões apresentadas para as não planejadas são pouco acesso aos métodos contraceptivos seguros e eficazes além da dificuldade de negar relações sexuais por medo, violência ou aspectos culturais, e identifica que a falta de acesso aos métodos e a conscientização não são mais as principais barreiras para evitar gestações. Elenca que estigmas, preocupações com efeitos colaterais, oposição das outras pessoas e mitos são atualmente significativas barreiras na eficácia da prevenção das gravidezes não intencionais (UNFPA, 2022, p. 12).

Estes resultados reforçam que somente ofertar os métodos contraceptivos ou as alternativas para gestar nos casos de infertilidade não são mais suficientes no mundo contemporâneo. A qualidade do que se oferta às mulheres e meninas ganhou enfoque das próprias usuárias dos métodos. Não é mais uma preocupação só dos profissionais e pesquisadores. Portanto esta preocupação precisa chegar nas esferas mais altas de gestão do sistema de saúde que decide e planeja a aquisição de insumos e procedimentos, incorporando sempre rigorosos critérios técnicos sobre a qualidade e aplicabilidade dos diferentes métodos levando em conta as características regionais e culturais do contexto de uso, além de prever sempre variedade na

oferta a fim de atender as mulheres e meninas em suas especificidades. Se concretizarmos a relação da gestão, clínica, necessidades e desejos próximos destes alinhamentos, promovemos o encontro do dever do Estado e dos direitos das mulheres.

3.3 Maternidades Pretarizadas, onde se gera e é gerada na violação dos direitos

Maria, Maria, é um dom, uma certa magia
 Uma força que nos alerta
 Uma mulher que merece viver e amar
 Como outra qualquer do planeta
 Maria, Maria, é o som, é a cor, é o suor
 É a dose mais forte e lenta
 De uma gente que ri, quando deve chorar
 E não vive, apenas aguenta
 Mas é preciso ter força, é preciso ter raça
 É preciso ter gana sempre
 Quem traz no corpo a marca,
 Maria, Maria
 Mistura a dor e a alegria
 Mas é preciso ter manha, é preciso ter graça
 É preciso ter sonho sempre
 Quem traz na pele essa marca
 Possui a estranha mania de ter fé na vida.

Milton Nascimento, 1978

Nas experiências duras acumuladas ao longo da vida, de constante violação dos direitos (vividas, ensinadas ou normalizadas) e muitas vezes falta de acesso e de vivências afetadas por afeto em suas formas mais simples como demonstração gestual, verbal ou escrita os indivíduos embrutecem e cerram os olhos, a mente e o coração para as possibilidades de receber e dar afeto.

Entre homens e mulheres tanto os acúmulos de durezas quanto às trocas e recepção de afeto podem se configurar de formas diferentes e manifestar-se também e isso inevitavelmente aplica-se no cotidiano do trabalho em saúde onde as relações interpessoais interferem diretamente na qualidade do cuidado ofertado.

As práticas de saúde revisadas e incorporadas ao escopo de ações que promovem humanização no cuidado em saúde trazem em si a efetivação do direito humano e evocam a postura respeitosa e promotora do direito entre os trabalhadores da saúde e de forma a informar, inspirar e educar, alcança os usuários do serviços. Assim é a teoria, mas a prática não está longe disso quando buscada e exercida cotidianamente.

Portanto abrir-se a novas ou resgatadas maneiras de cuidar na gestação, parto e puerpério apresenta-se intensamente desafiador para a maioria dos profissionais formados na lógica de serem possuidores do saber único, que desvaloriza e desestimula a conjugação dos

saberes ou que não se vêem como quem oferece riscos potentes de dano à saúde, e ainda oferta-se como determinante do bem estar e condução do cuidado até o desfecho ideal (para si) que ‘atenda’ a necessidade do usuário, mas sem o usuário participar, aqui a mulher.

Estes saberes, ainda que restritamente técnicos, devem ser balizados pelo diálogo construído entre equipe e paciente, os ‘favores e contras’ balanceados na relação custo-benefício, sempre validando favores para quem? Contra para quem? Permitir-se este movimento de ex-posição (BONDÍA, 2002) mobiliza e relaciona-se com as bagagens adquiridas a partir da experiência de afeto, permitir-se afetar-se e afetar, processo doloroso para muitos no qual permanecer erguido, vertical, é proteção ou maneira de sustentar o poder ensinado como forma de cuidar.

Mattos (2008, p. 333) nos sugere caminhos para a horizontalização dessa relação estabelecida entre profissionais e pacientes, sejam homens e mulheres, sejam mulheres e mulheres, ainda olhando somente para o aspecto do saber estabelecido nas posições cuidador-cuidada, me empresto do seu apontamento, sabendo que os atravessamentos de gênero influenciam muito na forma de relacionar-se.

[...] há que se buscar substituir a desigualdade entre profissionais que sonham com uma ordem saudável e pessoas supostamente ignorantes, por diferenças entre profissionais que têm um meio de conhecer e um tipo de conhecimento, e pessoas que dispõem de outros meios de conhecer e outros conhecimentos, para construir juntos sucessos práticos[...] (MATTOS, 2008, p. 333).

No espaço do nascimento, as dificuldades ou facilidades de horizontalizar relações eclodem. A esfera de intimidade que o parto impõe, seja o parto vaginal ou cirúrgico, convoca nossa memória postural e comportamental, a construção da nossa individualidade, a manifestar-se, ainda que muito discretamente, manifestam-se. Ninguém é neutro neste ambiente.

Todas estas adequações de posturas, falas e gestuais influenciam diretamente no ambiente que abriga o acontecimento do parto. Quando em casa no ambiente de gente conhecida, próxima e de relação pré estabelecida ao momento de parto, vínculo e confiança são presentes. Já na hospitalização, mesmo com a presença de acompanhante de livre escolha da gestante, a medicalização exacerbada, gente estranha, nova, uniformizada (em todos os sentidos da palavra) compõe o ambiente e exige dos envolvidos no processo, um esforço enorme para reduzir a frieza e as distâncias entre as pessoas que ali estão.

Para que estas distâncias sejam reduzidas de fato e relações de proximidade venha a acontecer, requer dos envolvidos a percepção de relação entre pessoas com valor de dignidade balizado pela condição básica de ser um ser humano, portanto não deveria caber nestas relações

diferenciações de valor quanto à qualquer característica secundária ao fato de ser gente. Mas a concretude do cenário do parto e nascimento não é livre de todas as deformações recorrentes nas relações humanas.

E assim como em todos os espaços de convivência humana, as relações nos serviços obstétricos também são atravessadas pelas estruturas de opressão de raça, gênero e classe (GÓES, 2018, p. 29). Raça é a estrutura de opressão que mais alinhará as reflexões descritas aqui por diante nesta escrita, iniciando pela apresentação do conceito de racismo e as suas três concepções, como descreve Almeida (2019, p. 35), o racismo individualista, o racismo institucional e o racismo estrutural. Almeida (2019, p. 32) define racismo como: “[...] uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes ou inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos a depender do grupo racial ao qual pertençam”.

Almeida (2019, p. 32) marca ainda em seu texto a diferenciação entre preconceito e discriminação racial, definindo o preconceito racial como “um juízo baseado em estereótipos acerca de indivíduos que pertençam a um determinado grupo racial e que pode ou não resultar em práticas discriminatórias” e discriminação racial como “a atribuição de tratamento diferenciado a membros de grupos racialmente identificados”.

Ao apresentar as três concepções do racismo, Almeida (2019, p. 36) nos auxilia para o entendimento das formas de operá-lo no macro e micro, além de nos abrir possibilidades de reconhecer e nomear as situações cotidianas, sutis ou escancaradas, que vivenciamos e que identificadas como discriminações raciais negativas⁶ ou preconceito racial, e através de modo de agir que se oponha à sustentação do racismo nos tornamos barreira ao dano.

Ao descrever o racismo individualista, Almeida o caracteriza como "patologia, anormalidade, irracionalidade" mas restrita ao campo da individualidade ou grupo isolado, passível de ser combatido na esfera civil por indenizações ou penas. Na restrição desta concepção anula-se a existência de sociedade e instituições racistas, segundo o autor. Almeida, alerta sobre o risco de manter o racismo nesta concepção comportamental, restrita ao indivíduo que cometeu, se desconsiderando as grandes desgraças produzidas pelo racismo a partir do apoio e legalidade de líderes políticos e religiosos institucionalizados.

Sobre a concepção institucional do racismo, Almeida (2019, p. 37) usa não acidentalmente o termo hegemonia para descrever a institucionalização do racismo como a

⁶ Almeida (2019, p. 34) diferencia discriminação racial “[...] positiva- definida como a possibilidade de atribuição de tratamento diferenciado a grupos historicamente discriminados com o objetivo de corrigir desvantagens causadas pela discriminação negativa - a que causa prejuízo e desvantagens”.

esfera em que o poder é elemento central da relação racial, uma vez que o poder ocupado por grupos hegemonicamente branco, produz padrões e “horizonte civilizatório do conjunto da sociedade” condizentes com os da hegemonia. O autor reforça a partir da citação da obra *Black Power*, marco do rompimento do racismo como algo somente individual, que racismo institucional é “menos evidente, muito mais sutil e menos identificável” operado por lugares e posições estabelecidas como ordenadoras da sociedade, o que não o torna menos danoso, apenas menos detectável e comprovável.

E a respeito do racismo estrutural, Almeida (2019, p. 47) elucida o que parece óbvio mas que gera muitas implicações- “instituições são racistas porque a sociedade é racista”, ressaltando que o racismo é inerente à ordem social portanto todas as instituições dentro de qualquer tipo de atividade reproduzirão práticas racistas pois estão sob a estrutura social constituída das práticas econômicas, políticas, jurídicas e até familiares normalizadas pela desigualdade que expressa o racismo que estrutura toda sociedade.

[...] se é possível falar de um racismo institucional, significa que a imposição de regras e padrões racistas por parte da instituição é de alguma maneira vinculada à ordem social que ela visa resguardar. Assim como a instituição tem sua atuação condicionada a uma estrutura social previamente existente – com todos os conflitos que lhe são inerentes –, o racismo que essa instituição venha a expressar é também parte dessa mesma estrutura (ALMEIDA, 2019, p. 47).

Collins (2015, p. 21) analisando as dimensões intitucionais da opressão, sugere que a escravidão foi uma instituição de raça, classe e gênero. Argumentando que excluir qualquer destas formas de opressões da análise, reduz o entendimento acerca da “real natureza das relações de dominação e subordinação que operavam na escravidão”. Segue argumentando baseada no fato da escravidão ter sido uma instituição profundamente patriarcal, o lugar de propriedade ocupado por mulheres neste arranjo de relações, sendo o controle dos corpos femininos essencial para sustentação da escravidão. Fosse da mulher branca abastada produzindo herdeiros, da mulher branca pobre e trabalhadora produzindo mais trabalhadores e da mulher negra escravizada produzindo mais escravos.

Percebo ao longo de muitos anos observando, sendo observada, atendendo e sendo atendida, convivendo com muitos profissionais de saúde, conversando com homens e até com mulheres, o quanto o corpo feminino nos espaços de assistência à mulheres, ocupa um imaginário que se concretiza em formas diversas de utilidade: sacralidade- na figura materna (quando o olhar é para a própria mãe ou mãe de pessoas chegadas), objetificação mais resguardada- na figura da mulher branca e a objetificação completa, redutora de humanidade - na figura da mulher preta ou não branca.

A objetificação do corpo feminino é dada à meninas e mulheres de todas as cores, mas nos corpos femininos negros a perversidade desta objetificação deu-se na violação do direito básico de ser considerado humano. Durante o período da escravidão, a relação de apropriação das mulheres africanas escravizadas e obrigatoriedade de procriarem para expropriação de seus filhos como novos escravos e filhas, além de escravas como ‘fabricantes’ de mais escravos ainda, foi consolidada como a relação com matrizes desumanas, animalizadas e comercializadas como peças vivas que podiam reproduzir tão facilmente quanto os animais (SANTOS, 2021, p. 368). E assim perdurou por quase 400 anos a prática legitimada pelo sistema governamental brasileiro que originou esta cultura nefasta de desumanização do corpo feminino negro que reproduz iniquidades cotidianamente em todas as esferas da sociedade.

Ações de redução da população negra e branqueamento do Brasil foram realizadas a partir da segunda metade do século XIX até o início do século XX como a política de imigração europeia, que segundo Bento, foi uma resposta ao pavor das elites sobre “o outro, odiferente”, os negros que após séculos de opressão e furor acumulado eram ameaça ao poder branco e sendo maioria numérica da população brasileira, diante dos olhos do mundo um povo preto tinha teor de negatividade e inferioridade. Em trinta anos o número de imigrantes europeus eram equivalentes ao número de africanos escravizados em três séculos, o que demonstra a forma perversa que o povo negro foi eliminado das possibilidades de trabalho livre e remunerado após a escravidão, desprezados com seus saberes para um relento potente na contribuição do seu ‘planejado’ desaparecimento (BENTO, 2002).

O projeto de higienização, limpeza racial brasileira contou paralelamente com a política de miscigenação imposta no mesmo período. A expectativa de tornar o país branco, deu-se de forma violenta, na apropriação indevida dos corpos das mulheres negras por homens brancos, porém descrita pelos narradores da época como uma relação harmoniosa que reduziria conflitos e diluiria diferenças. Cida Bento, afirma que estes escritos são a essência do mito da Democracia Racial Brasileira, que ao longo da nossa história recente agravou ainda mais a discriminação racial no Brasil (BENTO, 2002).

Esta hegemonia branca construída e mantida para manutenção de privilégios, às custas da omissão do lugar do branco na realidade da desigualdade racial no Brasil, é facilmente evidenciada em tantos debates quando se reduz à classe social e critério de pobreza a exclusão de negros dos melhores postos de trabalho, condições igualitárias de moradia, acesso à saúde e educação, lazer e alimentação adequada transportando a culpa desta disparidade à questão de classe, pobreza, comodismo e não ao roubo da condição humana de pessoas negras (BENTO, 2002).

O racismo foi assim construído por teorias, baseadas na superioridade da branquitude, com a identidade racial branca, historicamente moldada, influenciando na construção do "outro" não branco, sendo um lugar de privilégio racial, econômico e político [...]. Com isso, por meio de estereótipos negativos a população negra é colocada, sobretudo, as mulheres, em situação de desvantagem no acesso aos serviços de saúde assim como no alcance de padrões de saúde integral (GÓES, 2018, p. 32).

As heranças perversas da escravidão não são deixadas no guarda volume dos serviços obstétricos junto com pertences no momento da internação, nem nas bolsas dos profissionais ao dirigirem-se aos atendimentos, infelizmente estão misturadas ao componentes que estruturam os modos de agir institucional, coletivo e individual de todos nós. São trazidas nos corpos, assim como são carregadas nas falas, atitudes e olhares que a maioria das pessoas que não trazem na pele a marca da cor de Maria de Milton Nascimento, não sabem traduzir o peso e dor tantas vezes geradas no silêncio de desprezo relatados por tantas gestantes negras.

Sojourner Truth em seu discurso emblemático “não sou eu uma mulher”, em 1851, durante a convenção dos direitos das mulheres de Ohio, problematiza publicamente a normalização da redução da mulher preta de seu lugar na categoria à época do que era atribuído ao feminino. No contexto da escravidão sua redução do lugar de ‘ser humano inteiro’(CHIMAMANDA, 2014) já estava consolidado pelo regime, mas ainda assim na reunião dos clérigos ela evoca o seu lugar de igual, de gente, de mulher, de mãe. Ao devolver aos presentes em sua fala o que seus braços pretos e femininos produziam e todas as perdas e dores que suportavam também por serem pretos e femininos, ela aponta as estruturas de opressão que hoje ainda nos atravessam.

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse oportunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (GELEDÉS, 2014).

Ao verificarmos os direitos concedidos às mulheres brancas em Ohio-1851 e as reivindicações que SoJourney apresenta em seu discurso constata-se a distância incalculável entre minimamente ser considerada mulher naquele contexto e a profundidade do que ela expõe, que denuncia o quanto mulheres negras estavam desqualificadas da sua humanidade e não apenas de feminilidade.

Em 1871 foi promulgada a 1ª lei abolicionista brasileira, a Lei do Ventre Livre que previa a liberdade dos filhos de mulheres escravizadas a partir daquela data, 28 de setembro de 1871. Ao olhar para a condição de Sojourner e todas as negras escravizadas, os direitos definidos para as mulheres brancas do seu tempo, as condições das mães escravizadas brasileiras com seus filhos ‘livres’, os direitos conquistados a alto custo da existência e luta de homens e mulheres ao longo destes séculos e a realidade das mulheres-mães negras hoje, reflito o quanto esta liberdade concedida em 1871 ainda é reduzida frente aos índices de violências e precariedade de vida entre crianças, adolescentes e jovens negros. Segue em curso o desencontro da teoria e da prática na efetivação dos direitos humanos básicos.

Esta desumanidade atribuída sutilmente ou escancaradamente às mulheres negras ao longo da história em momentos como a gestação, parto e puerpério e ainda mais pesadamente nos abortamentos, é a mesma desumanidade que atualmente de diferentes manifestações, meninas negras vivenciam desde a primeira infância. Em estudo realizado no Brasil, baseado nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015, foi constatado maior prevalência de formas acumuladas de violência em meninas e adolescentes negras, que correspondiam a 63% das participantes, sendo identificado o *bullying* por raça/cor da pele a violência mais relatada entre elas, incluindo ainda agressões físicas e relações sexuais forçadas entre as perguntas da pesquisa, a raça/cor da pele foi o item mais associado à todas as formas de violência e polivitimização (RAMOS et al., 2021).

O estudo objetivando estimar as chances de exposição às diversas formas de violências por grupos raciais de escolares acima de 15 anos, fase na qual ocorre o pico de polivitimização por violências, apresenta dados que apontam a violação dos direitos humanos das futuras mulheres e a importância de enfrentamento das desigualdades raciais no ambiente escolar e fora dele. As autoras alertam sobre os potenciais danos na saúde mental associados ao sofrimento gerado por *bullying*, como insônia, solidão e isolamento social (não ter amigos) e reforçam o quanto marcadores de raça, classe e gênero caracterizam a violência interseccional sofrida pelas meninas negras que de acordo com o estudo apresentaram três vezes mais chances de polivitimização que as meninas brancas (RAMOS et al., 2021; CATARINAS, 2021).

Ao desenvolver intervenções anti-*bullying*, nossas descobertas sugerem que tais programas também precisam incluir uma agenda anti-racismo explícita e ir além do nível individual ou da sala de aula. Conscientes de que os aspectos estruturais do racismo estão na base da sociedade e da história do Brasil, funcionários das escolas, administradores, professores e alunos devem se engajar em esforços sustentados e proativos para conhecer e debater seus efeitos dentro de suas instituições, bem como se envolver nas políticas nos níveis micro e macro contra o racismo, microagressões e discriminação no ambiente escolar (RAMOS, 2021, 1511).

A polivitimização de meninas negras têm efeito direto na formação das mulheres que serão. A desnaturalização da violação dos direitos urge desde a infância como modo de construção de novos cidadãos que se desenvolvem em contato com a prática de exercícios dos seus direitos, ainda que com muita precariedade da realidade em que exercitam este quase utópico modo de vida, principalmente porque majoritariamente habitam em territórios de múltiplas e intensas violências cotidianamente e sob as condições de desigualdades sócio-econômicas que já configuram importante obstáculo à efetivação de direitos previstos. Lei sobre direito ‘não pega’? No país das leis que ‘não pegam’, como pessoas fragilizadas desde sua infância serão fortes? Redes de apoio, familiares, amigos, sociedade civil, organizações religiosas, espaços de lazer e cultura e principalmente instituições como a escola devem ser construtores destas cidadãs fortalecidas que além de conhecerem seus direitos, lutarem por eles, ainda serão capazes de reconhecerem e denunciarem quando forem violadas.

Racismo? No Brasil? Quem foi que disse? Isso é coisa de americano. Aqui não tem diferença porque todo mundo é brasileiro acima de tudo, graças a Deus. Preto aqui é bem tratado, tem o mesmo direito que a gente tem. Tanto é que, quando se esforça, ele sobe na vida como qualquer um. Conheço um que é médico; educadíssimo, culto, elegante e com umas feições tão finas... Nem parece preto (GONZALES, 1984, p. 226).

Se ‘ser mãe é padecer no paraíso’, imagine ‘ser mãe padecendo no “paraíso racial” ’? Se na primeira afirmativa a romantização danosa da maternidade dá arrepios, ao racializarmos a afirmativa mentirosa, o arrepio vem acompanhado de indignação tamanha a profundidade da invisibilidade das mães negras que a hipótese apresenta. Invisibilidade esta, benéfica ao sistema patriarcal, racista, sexista e elitista que além de ignorar as dores e custos da maternidade às mulheres para usufruir de sua excelente produtividade- novos seres humanos, no caso de mulheres negras no contexto do mito da democracia racial apresenta é mito sobre mito, interseccionando opressões.

Visto internamente e ‘estrangeiramente’ como um país diferenciado pela pacificidade entre seus muitos povos, o Brasil, diferente de países como Estados Unidos da América e África do Sul onde a segregação racial era prevista por leis, marcando territórios geográficos, sociais e todo espaço possível de ser demarcado para garantia da supremacia branca e inferioridade preta, constitui-se aparentemente, se olhado de longe ou superficialmente, como um ‘paraíso racial’ como era entendida nossa terra através do mito da democracia racial brasileira. De acordo com Góes, esta realidade começa a ser desmistificada em 1950 com os resultados de

uma pesquisa realizada pela UNESCO⁷ a fim de entender as relações raciais brasileiras que já não condiziam com o mito do paraíso. Os resultados desta pesquisa revelaram o preconceito racial persistente e sua ‘invisibilidade’ sustentada pela falta de fontes estatísticas e demográficas sobre as disparidades raciais no Brasil à época (GOES, 2018, p. 23).

Desde a casa grande e do sobrado até aos belos edifícios e residências atuais, o critério tem sido o mesmo. Já o lugar natural do negro é o oposto, evidentemente: da senzala às favelas, cortiços, invasões, alagados e conjuntos “habitacionais” (...) dos dias de hoje, o critério tem sido simetricamente o mesmo: a divisão racial do espaço (...) No caso do grupo dominado o que se constata são famílias inteiras amontoadas em cubículos cujas condições de higiene e saúde são as mais precárias. Além disso, aqui também se tem a presença policial; só que não é para proteger, mas para reprimir, violentar e amedrontar. É por aí que se entende porque o outro lugar natural do negro sejam as prisões. A sistemática repressão policial, dado o seu caráter racista, tem por objetivo próximo a instauração da submissão (GONZALES, 1984, p. 232).

Reconhecer-se como humano inteiro para fazer escolhas próprias e não reduzido ao que lhe é imposto cotidianamente exige de qualquer ser humano uma postura de vigilância sobre si, seus princípios, o ambiente e os outros atores que estão nele. Além de acesso à informação correta para exercício de autonomia e aí sim a possibilidade de identificar a violação de seus direitos. A partir daí as etapas de resposta à violação do direito se diferenciam entre homens e mulheres. Mundialmente é atribuído um baixo valor aos direitos das mulheres, uma inferiorização da sua condição de ‘ser humano inteiro’ como trata Chimamanda (2014) mas quando as intersecções de raça e classe, além de gênero atravessam esta discussão o valor é ainda mais reduzido, quando não, anulado.

Algumas pessoas me perguntam: ‘Por que usar a palavra ‘feminista? Por que não dizer que você acredita nos direitos humanos, ou algo parecido?’ Porque seria desonesto. O feminismo faz, obviamente, parte dos direitos humanos de uma forma geral — mas escolher uma expressão vaga como ‘direitos humanos’ é negar a especificidade e particularidade do problema de gênero. Seria uma maneira de fingir que as mulheres não foram excluídas ao longo dos séculos. Seria negar que a questão de gênero tem como alvo as mulheres. Que o problema não é ser humano, mas especificamente um ser humano do sexo feminino. Por séculos, os seres humanos eram divididos em dois grupos, um dos quais excluía e oprimia o outro. É no mínimo justo que a solução para esse problema esteja no reconhecimento desse fato (ADICHIE, 2014, p. 49).

A autora nigeriana em trecho de seu outro livro- Para Educar Crianças Feministas (ADICHIE, 2017, p. 31) relata que sente raiva do racismo, mas sua raiva do sexismo é maior, justificando que na raiva do sexismo se sente solitária, já que em sua realidade convive com muitas pessoas que reconhecem a injustiça racial mas não a injustiça de gênero. Em sua

⁷ Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura.

primeira vinda ao Brasil em 2010, Chimamanda relata que ciente de que o Brasil é o 2º país em população negra no mundo, atrás somente da Nigéria, seu país de origem, espantou-se ao circular pelos lugares e não encontrar pessoas negras nos ambientes que frequentava. Vivenciou a operação do racismo estrutural em solo brasileiro, o fato de exclusão sistemática de pessoas negras que não conhecia em sua terra natal, mas foi apresentada ainda muito jovem quando foi morar nos Estados Unidos da América como estudante.

Quando Adichie (2014) escreve “expressão vaga direitos humanos”, dá luz ao esforço que precisamos ainda empreender para qualificar o que já deveria ser suficiente para sermos reconhecidas como humanas, no campo dos direitos. Apesar de seu enfoque na estrutura de opressão de gênero por razões já ditas, suas escritas e falas em palestras, entrevistas e publicações sempre apontam para os aspectos da interseccionalidade das opressões de raça, gênero e classe que aprofunda a situação da violação dos direitos humanos das meninas e mulheres negras no mundo.

Artigo II — Todo ser humano tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição (SILVA, 2021, p. 131).

A história nos mostra que a existência deste constructo - declaração direitos humanos, a forma coletiva e pactuada entre nações e operacionalizado por diversos agentes da sociedade civil estimulam e relembram aos homens a importância do seu cumprimento incondicional.

A proposta de olhar para a precarização das condições de vida de meninas e mulheres negras pelas lentes da interseccionalidade tem sido um recurso valioso para desnudar as raízes das injustiças praticadas há séculos contra este grupo, mais especificamente, mas não exclusivamente.

Como constructo solidificado no âmbito do feminismo negro, a interseccionalidade nos ajuda a dar conta dos aspectos estruturais das formas explícitas e implícitas de discriminação ao decodificar seus componentes mensuráveis e imensuráveis. Por isso, consideramos a interseccionalidade como uma teoria fundamental para os estudos das desigualdades estruturais, pois nos estimula a compreender a interação entre raça e gênero, portanto, não como atributos de mulheres não brancas, mas como dificuldades historicamente criadas que resultam da distribuição diferencial de recursos, privilégios e poder (RAMOS, 2021, p.1507).

A interseccionalidade, de acordo com Góes (2018, p. 27), foi aplicada em seu conceito pelas feministas negras brasileiras bem anteriormente o seu reconhecimento como termo cunhado por Kimberlé Crenshaw em 2002. Hoje amplamente usada com este termo em textos

acadêmicos, nas publicações livres de ativistas pela igualdade racial e de gênero e organizações com mesmo enfoque, por defensores dos direitos humanos, e muito comumente em estudos feministas, Góes (2019, p. 2) faz referência à Lélia Gonzalez quando esta escreveu “o lugar em que nos situamos determinará nossa interpretação sobre o duplo fenômeno doracismo e do sexismo”(GONZALEZ, 1983, p. 224) como quem antecede ao que Kimberlé define como interseccionalidade, também descrito por Góes (2019, p1):

[...]uma associação de sistemas múltiplos de subordinação, sendo descrita devárias formas como discriminação composta, cargas múltiplas, como dupla ou tripla discriminação, que concentra problemas e busca capturar as consequências estruturais de dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (GÓES, 2019, p. 1).

Collins (2015, p. 30) atenta na sua reflexão para as diferenças de experiências vividas pelas diferentes pessoas nas estruturas de opressão ou “eixos de subordinação” na definição de Kimberlé, raça, gênero e classe dentro dos variados níveis de poder e privilégio que estão situadas. Mesmo entre mulheres negras estas diferenças surgem e interferem nas relações, pois de acordo com Hill Collins as diferenças de poder restringem nossa comunicação mesmo que intencionalmente desejamos conversar a partir de nossas diferenças. Na oferta de cuidado obstétrico a desigualdade de poder pesa muito sobre a possibilidade de liberdade em comunicar-se e efetivar os direitos previstos das partes envolvidas, sejam as mulheres sob cuidados ou as mulheres que cuidam.

Nas relações entre gestantes, puérperas e acompanhantes negras e profissionais femininas também negras por exemplo, o poder está hierarquicamente instituído nas profissionais e demais cuidadoras, a opressão de raça está estabelecida para todas as envolvidas na relação, mas a maneira que vivenciam esta e a opressão de classe se diferenciam e podem interferir na prestação do cuidado em saúde.

Já nas relações de profissionais de saúde negras com gestantes, puérperas e acompanhantes brancas há outras diferenças de experiências envolvendo as opressões de raça, gênero e classe, o poder continua situado nas profissionais, demarcando problemas similares aos das relações anteriormente citadas, quando a classe é a estrutura de opressão em questão. Mas pela estrutura de opressão de raça considerando o racismo estrutural que atravessa o poder hierarquicamente instituído nos serviços de saúde e se reproduz nas relações individuais e institucionais, as diferenças na forma que cada uma das envolvidas vivencia a opressão revela-se de outra forma.

A afirmativa de Collins (2015, p. 26): “[...] uma maneira de desumanizar uma pessoa ou um grupo é negar-lhes a realidade de suas experiências”, nos convida a olhar para a importância de discutirmos a interseccionalidade nos ambientes de oferta de cuidado em saúde a fim de ampliarmos a possibilidade de escuta das distintas experiências e ofertarmos aos profissionais principalmente a oportunidade de executarem as suas práticas de saúde com vistas à redução das iniquidades geradas pelo peso das estruturas de opressão e desigualdades.

As diferentes mulheres, nas diferentes funções e papéis que diariamente ocupam os espaços dos serviços de saúde obstétricos, experienciam violações dos direitos de maneira particular e coletiva, dentro das diferentes estruturas de opressão da interseccionalidade. De acordo com a experiência trazida em suas bagagens de vida, as violações lhes aparecem proporcionalmente aos caminhos que percorreram, aos conteúdos que acessaram, aos cuidados que lhes faltaram, também aos cuidados que lhes foram garantidos, aos passos audaciosos que lhes foi possível ou escolhido dar como estudo, autonomia financeira, liberdade de relacionamentos abusivos, vínculos empregatícios respeitosos, entre outros.

Pensar novos conteúdos e maneiras de cuidar requer reformas nas ações individuais e coletivas anteriores à academia, a formação do indivíduo cidadão desde a infância contando com a família, escola e sociedade como agentes complementares para construção de cotidianos menos desiguais, inclusivos de minorias e maiorias (como os negros) e estimuladores do conhecimento sobre direitos humanos apresentando o direitos a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, a todas as infâncias, ricas e pobres, incentivando o modo de viver pautado no respeito anterior às discordâncias e como conhecedor, praticante e defensor de seu direito e dos outros.

Entre profissionais de saúde, institucionalmente direcionados pela gestão local, o que mais circula é literatura cinzenta do Ministério da Saúde, manuais e diretrizes de publicações da esfera municipal e de alguns organismos internacionais quando traduzidos para português, enquanto que arcabouços legais (arcabouço jurídico, suas implicações e retaguardas) e publicações que trazem abordagem mais aprofundada sobre pautas como racismo, sexismo, patriarcado e misoginia e que não necessariamente formulam estes manuais. São iniciativas ainda muito individuais daqueles que buscam atualização por conta própria e já são sensibilizados sobre estes assuntos.

Esta forma não intencional e não sistematizada de divulgar, discutir e até produzir conhecimento e conteúdos entre os trabalhadores da saúde, não estimulam a mudança de uma cultura de estagnação de protocolos, fluxos e normas restritos à clínica para uma cultura

intencional de compartilhamento de conhecimento, ampliação de acesso e produção de espaços e tempos com atualizações e treinamentos em serviço. Onde as pautas urgentes para quebra do ciclo de perpetuação dos atos já reconhecidos como más práticas de cuidado em saúde e a violação dos direitos das mulheres, sejam presentes e desencadeadoras de novos modos de agir.

A discussão da pauta dos direitos universais e dos específicos das gestantes é ainda pouco explorada e transversalizada nestas literaturas mais pragmáticas voltadas para a execução de procedimentos e que acabam alicerçando rotinas de serviços inteiros de cuidado perinatal. Assim como racismo e patriarcado exigem além de publicações que conversem com o cotidiano do trabalho em saúde e da vida, literatura voltada para os integrantes das equipes de saúde, a pauta dos direitos também evocam a reflexão dos conteúdos e sua aplicabilidade nas rotinas de serviços que convidem e comuniquem detalhadamente aos profissionais a indissociável maneira de agir responsabilmente no cuidado a humanos- tecnicamente eficaz e garantidora do direito livre de toda discriminação racial, de gênero, religiosa, de classe e capacitista ou qualquer outra discriminação.

Penso que a complementaridade dos saberes seja essencial para a efetivação dos direitos das mulheres e todo ser humano, uma vez que nenhum segmento profissional ou social isoladamente será capaz de construir de forma mais inclusiva possível um arcabouço técnico e subjetivo que contemple as diversas necessidades das mulheres brasileiras, considerando para além de suas características biológicas, sua regionalidade, crenças, memórias e projeções de futuro para si e seus descendentes.

A desumanização das práticas de saúde são inegáveis e reconhecidamente discutidas, porém ao racializarmos a ‘desumanização’ inevitavelmente apontamos os ‘mais humanos e os menos humanos’. As meninas e mulheres pardas e pretas são tratadas como menos humanas dentro desta escala perversa de ‘humanidades’. Por isso falar de humanização das práticas em saúde e promovê-la no cotidiano dos serviços requer incluir urgentemente a pauta do racismo estruturante da nossa sociedade e as propostas para uma assistência antirracista nas reuniões de planejamento sobre ações de formação profissional em saúde, nos planos de trabalho das instituições, nas estratégias de qualificação de equipes multidisciplinares e nas atividades de educação em saúde com usuários ds serviços para além das mudanças organizacionais as mudanças individuais refletirem as práticas antirracistas.

Mesmo que talvez ainda não tenhamos criado essa situação, somos cada um ecada uma responsáveis por fazer escolhas individuais e pessoais a respeito de quais elementos da opressão de raça, classe e gênero nós vamos aceitar e quais vamos trabalhar para mudar. Um componente essencial dessa responsabilidade se refere a desenvolver empatia pelas experiências de pessoas e grupos diferentes de nós

mesmos. A empatia começa com um interesse nos fatos das vidas das outras pessoas, como indivíduos e como grupos. Se você se importa comigo, você deveria querer saber não apenas os detalhes da minha biografia pessoal, mas também como raça, classe e gênero como categorias de análise criaram o fundo institucional e simbólico para minha biografia individual. Como acessar meu caráter sem saber os detalhes das situações que eu encaro? (COLLINS, 2015, p. 37).

3.4 Acolher em rede para não encolher o cuidado

Prevista no Guia da Maternidade Segura de 1996 e já incentivado, mesmo que em moldes menos adequados aos princípios do SUS, a avaliação de risco nunca deixou de ser incentivada como prática de saúde a todos os profissionais de saúde e trabalhadores da área. Amplamente institucionalizado nos hospitais como serviço de triagem e em alguns lugares como acolhimento, já se aproximando da humanização das práticas de saúde aos poucos as recepções dos serviços de saúde foram sendo transformadas.

A avaliação de risco não é uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado ao longo da gestação e do trabalho de parto. A qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mãe a um nível mais complexo de assistência (OMS, 1996, p. 3).

Durante longos anos, as portas de entrada de serviços de saúde eram organizadas e até 'reguladas' exclusivamente por vigilantes, porteiros e recepcionistas, que como trabalhadores de apoio aplicavam critérios de avaliação do risco e até mesmo dispensavam pacientes de acordo com o conhecimento sobre doenças que dispunham para tal. Infelizmente não falo de um passado tão distante.

A atuação destes trabalhadores não qualificados tecnicamente para tal função não significa que suas abordagens eram e são necessariamente equivocadas ou intencionalmente danosas. Pelo contrário, lembro-me de inúmeras vezes ter sido a segurança ou a 'moça' da recepção os que sensivelmente acolheram minha mãe nas repetidas amigdalites minhas e do meu irmão e alertaram aos médicos e equipe de enfermagem que as crianças não estavam bem. Suas atitudes de prontidão e colaboração devem ser reconhecidas e apoiadas pela equipe de saúde, que devem também estar atentas às portas de entrada.

A necessidade de qualificação das portas de entrada a fim de não somente olhar prioridades de urgências e agilizar atendimentos, mas sim garantir escuta, identificação dos riscos envolvidos e vulnerabilidades individuais para além dos riscos biológicos é o que representa o acolhimento- a oportunidade de ouvir e incluir a pessoa atendida na construção

do cuidado, seja por necessidade ou por demanda, o que o paciente traz deve ser valorizado e tratado com discrição pessoal e coletiva nos serviços de saúde (BRASIL, 2012, p. 16; 2015, p. 29).

Em 2010 o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, como forma de construção de sistemas integrados de saúde e articulação do conjunto de iniciativas e ações intersetoriais em um território, considerando a organização de apoio técnico, logístico e de gestão com os serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, para a garantia de cuidado integral e humanizado. A RAS agrega-se à PNH uma vez que se caracteriza pela centralidade nas necessidades da população, cuidado humanizado, multiprofissional e transversalizado pelos pontos de atenção tendo a atenção primária como ordenadora e baseado em relações horizontalizadas entre todos os sujeitos envolvidos (BRASIL, 2014a, p. 12; 2014b, p. 9).

Dentre as cinco redes temáticas instituídas pela RAS está a Rede Cegonha (RC), que propõe a “organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo âmbito nacional, com incentivos técnicos e com financiamento atrelados às mudanças do modelo obstétrico e neonatal”. E alinhada com as bases da PNH para esta mudança no modelo obstétrico tecnocrático intervencionista aposta na necessidade de análise e intervenção coletiva nas “práticas de saúde desumanizadoras” para construção de rede coletiva produtora de modos de fazer saúde materna e infantil de caráter humanizado- que respeita os processos fisiológicos da gestação, parto e nascimento, privilegia a mulher como centro do cuidado e protagonista da vivência do parto e respeita a escolha da mulher sobre o local do parto, dentro da segurança e risco envolvido (BRASIL, 2011c, p. 8; 2014a, p.12-13).

Organizada a partir de 4 componentes específicos: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação, a Rede Cegonha visa garantir cuidado integral às mulheres em todas as suas necessidades inclusive a oferta de cuidado na outras redes temáticas caso a mulher precise, prevendo o vínculo da gestante desde o pré natal até o local de referência do parto e acesso ao planejamento reprodutivo que apesar de não estar explícito nos componentes e isso ser ponto de forte crítica dos gestores e profissionais da assistência, é elencado nas produtividades da RC na atenção básica e compõe o escopo de trabalho esperado para a redução da morte materna, principal objetivo de incremento das ações prevista na RC (BRASIL, 2014b, p. 39).

Para cada componente que organiza a RC, são propostas ações de atenção à saúde que devem ser implementadas com base em critérios epidemiológicos, como densidade populacional, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna, a fim de garantirem a

RC na prática, dando concretude ao previsto na Portaria n° 1459/2011 que aponta já em seus princípios o compromisso da RC com a efetivação dos direitos humanos (BRASIL, 2011a).

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios: I -o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; III - a promoção da equidade; IV - o enfoque de gênero; V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; VI -a participação e a mobilização social; e VII -a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011a).

Os princípios da RC deveriam ser realmente base para a reflexão dos profissionais de saúde sobre suas práticas no cenário obstétrico brasileiro e ponto de partida para qualificação das ações envolvendo a gestão tríplice preconizada na PNH. Em uma cultura de trabalho em saúde na qual a garantia dos direitos se configura como um valor, compreender e implementar as diretrizes propostas na RC torna-se mais realizável visto que as barreiras do âmbito de alinhamento dos ideais da política com a prática profissional estão bem reduzidas.

Como alinhar ideais não é suficiente para efetivação das políticas, ainda mais diante dos crônicos problemas estruturais brasileiros, a concretização das diretrizes da RC enfrentam ainda as barreiras de âmbito estruturais como financiamento, construção/reforma e ambiência de maternidades e leitos obstétricos incluindo a garantia de leitos de terapia intensiva adulto e neonatal, contratação e capacitação de profissionais, adesão e cumprimentos das etapas por governantes locais. Todas estas ações devem ser implementadas nas regiões do país, desenvolvidas por seus atores locais observando as especificidades do contexto- regionalização, para efetivar cuidado integral às mulheres (BRASIL, 2014b, p. 42).

Dentre as diretrizes da RC, a primeira prevê "garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal"(BRASIL, 2011a).

O acolhimento e classificação do risco (A&CR) conforme preconiza a PNH está para além de uma atividade exclusiva do enfermeiro na porta de entrada, abrange toda equipe multiprofissional, não se reduz a reorganização espacial de recepções, nem a "ato de bondade e favor", e sim uma tecnologia de qualificação da assistência ao parto e nascimento. Se assim acontecesse, se tornaria através do cuidado oportuno, um ato de garantia do direito à saúde e disparador dos demais direitos previstos para gestantes, muitos ainda desconhecidos das mesmas e de seus acompanhantes (BRASIL, 2017, p. 14).

Espera-se especificamente no acolhimento em obstetrícia, a escuta que além de reconhecer sinais e sintomas potencializadores do risco gestacional e prontidão criteriosa diante

das urgências, também se implique em desfazer mitos que rodeiam o ciclo gravídico puerperal através de linguagem acessível e esclarecedora, fortaleça o vínculo da gestante com o pré-natal, e sua participação ativa nos processos de cuidado e decisões acerca da sua saúde (BRASIL, 2017, p. 14). Espera-se o acolhimento como forma de cuidado já concreto e produtor de autonomia da gestante, com suporte e complementaridade de saberes.

Quando o acolhimento é institucionalizado como espaço geográfico-setorial, como ocorreu em diversos serviços obstétricos, corre o risco e infelizmente um fato concreto que vivencio, de se tornar lugar e não prática. O uso do termo acolhimento para identificação de etapa do processo de cuidado descaracterizou-o como elemento transversal a todo processo do cuidado às mulheres, seus acompanhantes e rede de apoio. Uma vez setor e não atitude, o acolhimento facilmente se burocratiza e engessa aquilo que se propõe como prática mais espontânea e atenta para identificar de forma sensível às necessidades das pessoas, sem redução de percepções de subjetividades e individualização do cuidado. Além de não acolher com valorização e possível atendimento das demandas apresentadas por cada pessoa que chegue ao serviço e nele seja cuidada.

‘Acolher’ sem escuta ativa, interessada e personalização de plano de cuidados alinhados com protocolos clínicos previstos é geração de dano, é *desoportunizar* cuidado seguro, eficaz, respeitoso e oportunizar o efeito cascata de eventos previstos e preveníveis de causas de morbidades e mortalidade materna. Ainda deixa de oferecer à atenção primária em saúde a oportunidade de ordenar o melhor cuidado à mulher por não identificar necessidades referentes a outras esferas da garantia dos direitos.

‘Acolher’ restrito ao cenário consolidado como prática burocrática não é ‘Acolhimento’, impossibilita a observação das vulnerabilidades, conforme preconizado na primeira diretriz da RC e torna-se apenas classificação de risco superficial.

Segundo Cavalcanti et al. (2013, p. 1300), tal atitude é também identificada no pré-natal, que mesmo com índices de alta cobertura nacional, tanto em acesso quanto em média de consultas realizadas, apresenta baixa qualidade e não impacta positivamente conforme esperado os resultados de redução de morbi-mortalidade materna. Mesmo diante da alta “inclusão acrítica” de exames, medicações e procedimentos, o consumo de procedimentos não reflete qualidade nos níveis de saúde materna. O pré-natal como “ato burocrático” contribui para os desfechos desfavoráveis de inúmeras gestações.

Sobre este contexto de disponibilidade de tecnologias, saberes consolidados sobre as boas práticas em obstetrícia, serviços adequados e a permanência de resultados insatisfatórios na atenção pré-natal, parto, nascimento e puerpério no Brasil, é o que se chama “paradoxo

perinatal brasileiro” em diversas publicações. Fica evidente que somente equipar serviços não é suficiente, precisa qualificar as práticas de saúde obstétricas (BRASIL, 2015, p. 25). E de acordo com Cavalcanti (2013, p. 1300) é necessário a “reorientação do modelo de atenção ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, no qual a incorporação tecnológica seja balizada pelas necessidades das mulheres e crianças” para real redução de morte materna e neonatal no Brasil.

Um dos fatores que talvez mais contribua para a noção equivocada dos profissionais sobre acolhimento como lugar e não atitude, seja a falta de esclarecimento objetivo a respeito do que se pretendia com a RC. Lembro-me bem que em 2009, quando o projeto piloto de A&CR em portas de entrada obstétricas se iniciou, a fala corrente pelos corredores e espaços de convivência de profissionais era que a ‘cegonha’ seria implantada e iriam estratificar risco e organizar a emergência. Nada mais burocrático que isso. A equipe de enfermeiros obstétricos e generalistas selecionada e capacitada para a nova forma de receber na maternidade, acessou a intenção da estratégia inicial, transformada em política nacional dois anos depois. Mas os demais profissionais não foram incluídos nas conversas preconizadas para a implantação do A&CR e infelizmente consolidou-se a ideia de que os enfermeiros das emergências obstétricas são os ‘Cegonhas’. Desencontro fatal entre a relevância da política pública e o imperativo de redução de morte materna.

Percebido ao longo dos anos a falha, eventos de capacitação e sensibilização sobre o tema foram ofertados, mas ainda muito pautados na classificação de risco em porta de entrada e bastante restritos à gestão e enfermeiros, deixando de incluir os demais profissionais da equipe multidisciplinar do serviço perpetuando o equívoco de acolhimento/setor e não postura contínua acolhedora comum a todos os membros da equipe.

Por se tratar de uma proposta de mudança nos processos de trabalho da gestão e da clínica, é essencial o envolvimento de todos os profissionais na implantação do A&CR. O Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (BRASIL, 2017) alerta para esta importante etapa a fim de gerar consenso em toda equipe e evitar a redução da RC à função burocrática de setor de entrada do serviço.

Construção coletiva, especialmente com a equipe da porta de entrada da maternidade. Isso se constitui como estratégia fundamental para operar mudanças no modo de organizar o serviço de saúde. A implantação do A&CR deve produzir um movimento de discussão do processo de trabalho em todo o serviço. Para que os efeitos esperados sejam alcançados, necessita-se da adesão das equipes de saúde, de representantes dos usuários e da comunidade local. Portanto, é fundamental mobilizar trabalhadores, gestores, representantes de usuários e comunidade BRASIL, 2017, 17.

Acolher pró-ativamente em todas as etapas do cuidado em saúde e transversalmente a todos os componentes da RC, se apresenta como barreira aos atrasos de atendimento e previne mortes e danos.

Não podemos aqui deixar de falar da naturalização de certas concepções e hierarquizações de gênero e raça/cor que tendem a acompanhar a atenção materna produzida, com destaque para o fato de que as mulheres grávidas quemais morrem no Brasil são mulheres negras; e que o corpo da mulher alvo do cuidado em saúde tende a ser naturalizado e subsumido à tríade mulher- heterossexual-mãe. Ou seja, o cuidado produzido tende a ser atravessado por uma moral de raça/cor e de gênero. Por meio desse atravessamento, tende-se a produzir práticas institucionais violentas, tais como racismo institucional, o não acolhimento – ou acolhimento ‘enviesados’ (BRASIL, 2014a, p. 13).

A vulnerabilidade ignorada é o solo onde há maiores possibilidades de sementes de danos e até morte germinarem, dado o perfil da morte materna no Brasil. Se o acolhimento é também para oportunizar a identificação de vulnerabilidades individuais, o trabalho tornado em ato mecânico burocrático, restrito ao preenchimento de impresso que só define tal cor pré-estabelecida, correspondente ao risco identificado e o tempo máximo para atendimento médico, alia-se ao adubo que fortalece o solo das iniquidades, pois além de não ofertar o cuidado sensível que é previsto às mulheres ainda contribui para a perda de tempo de ação em situações de agravo que poderiam ter sido percebidas com uma escuta interessada e integral.

Temos chamado a atenção, quer pelo apoio ou pela estrutura de governança criada pela Rede Cegonha, que é necessário atentar para duas questões importantes nas populações mais vulneráveis: a violência institucional, entendida como uma ação determinada por serviços, gestores e trabalhadores da Saúde, que atentam contra direitos humanos (com negligência, maltrato, assédio moral, sexual, violência física, constrangimento público), são mais presentes em mulheres mais vulneráveis (negras, pobres, residentes em locais de pouco acesso). Para se cuidar de populações vulneráveis, se mais dependentes das ações locais, em que pese para que eu tenha estratégias aqui no nível central, as ações são específicas no local. Não há na Rede Cegonha linhas de investimento para cuidar especificamente das mais vulneráveis, mas aponta-se para que, no território, as mais pobres, as que têm vínculos empregatícios frágeis, as mulheres de rua, as usuárias de álcool e drogas sejam olhadas e cuidadas (BRASIL, 2014a, p. 450).

A continuidade de atitude acolhedora e classificação do risco deve ser além da porta de entrada das maternidades aplicar-se em todos os setores que a mulher percorre e deve também disparar a atenção de outros pontos de atenção da rede para acolhimento e oferta de cuidados em diversas densidades de tecnologias a fim de reduzir iniquidades em saúde. Acionar serviços da rede como Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultório na rua, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD), Rede de Urgências e Emergências, além de

dispositivos da Secretaria de Assistência Social e outros serviços para garantia dos direitos das mulheres e redução de vulnerabilidades é um caminho de cuidado diante da falta de previsão específica para as mulheres mais vulneráveis e reforça a integralidade do SUS e seus diversos braços para garantia do conceito ampliado de saúde.

Cavalcante (2013, p. 1312) alerta a integração descrita anteriormente como fundamental acerca da RC, apontando que: “os “pontos de atenção” necessários ao cuidado materno- infantil devem estar conectados e funcionar em rede, minimizando, assim, a fragmentação, o desperdício de recurso e a ineficiência, ao mesmo tempo em que busca garantir a integralidade da assistência”.

3.5 Cegonha: rede integrada ou pontos isolados

Após seis anos de sua publicação, a implementação da RC foi avaliada em território nacional em uma pesquisa coordenada pela Fiocruz e a Universidade Federal do Maranhão. Em instrumentos de coleta de dados baseados nas diretrizes da RC, através de entrevistas com gestores, profissionais de saúde e puérperas, avanços e desafios da RC foram identificados em 2017 e comparados aos dados do Nascer no Brasil (NB) realizado em 2011, ano do início da implementação da RC (BRASIL, 2021, p. 2).

A pesquisa constatou que de forma geral a implementação do conjunto de diretrizes foi parcialmente adequada, exceto a ambiência. E que a diretriz melhor implementada foi o acolhimento, com destaque a adequação no acolhimento das parturientes mesmo na ausência de vagas e transferência regulada ao invés do cenário anterior da peregrinação das mulheres. Destaque também às atitudes de trato pessoal respeitoso por parte dos profissionais, porém a classificação de risco, prática essencial para identificação dos agravos e redução de morbimortalidade só havia sido implementada em 30% das 606 maternidades avaliadas, todas públicas ou conveniadas SUS e que correspondem a 50% dos partos realizados no país (BRASIL, 2021, p. 5).

Aspectos significativos de melhoria na aplicação de boas práticas no parto e nascimento foram identificados, como presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto e oferta de analgesia que aproximadamente dobraram em relação ao NB. Consumo de líquido ou alimento, métodos não farmacológicos para alívio da dor, deambulação, também apresentaram aumento significativo. Enquanto a posição de parir deitada, a episiotomia e a manobra de Kristeler, tiveram quedas importantes, precisando ser reduzidas ainda mais, mas

configura avanços que apontam um acerto nas propostas da RC. Avanços, segundo o relatório, reconhecidos por 20% das puérperas que relataram espontaneamente a experiência de parir no SUS e sua satisfação (BRASIL, 2021, p. 3).

Analisando perfis das puérperas entrevistadas, a avaliação da RC aponta que houve redução de iniquidades tanto para mulheres quanto para bebês. As mulheres negras, maiores de 35 anos e menos escolarizadas, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram as que em média receberam melhores boas práticas em relação ao NB, incluindo o contato pele a pele. A aspiração de vias aéreas rotineiras em RNs reduziu consideravelmente e maior contato pele a pele e a amamentação na primeira hora de vida aumentaram. Entre as adolescentes, em todo o país, foi o grupo mais beneficiado com as melhorias no parto e nascimento (BRASIL, 2021, p. 4).

Vale olhar mais atentamente para questões como: a comunicação e integração ineficaz entre maternidades e atenção primária em saúde que dificultam a continuidade do cuidado (BRASIL, 2021, p. 5). A taxa de cesárea (43,8%) continuou muito elevada, sendo 30% destas cirurgias realizadas sem trabalho de parto iniciado (BRASIL, 2021, p. 3). E em números absolutos as mulheres autodeclaradas pretas foram menos atendidas com as boas práticas do parto e nascimento (BRASIL, 2021, p. 4). Novamente a marca da pele de Maria, apontando o desamparo na atenção ao parto e nascimento.

A ambiência das unidades de atenção obstétrica foi considerada inadequada no geral, mas há pontos favoráveis em relação ao NB como: presença de equipamentos não farmacológicos para alívio da dor em 91% dos serviços, indicando que mesmo sem a estrutura adequada, o esforço de oferecer conforto às gestantes foi feito por médicos e enfermeiros. Em comparação ao NB, dobrou o número de partos atendidos por enfermeiras obstétricas. Os melhores resultados de indicadores e processos foram encontrados onde há a presença de enfermeiras obstétricas atuando e onde são implantados leitos pré-parto, parto e puerpério (PPP), a privacidade e segurança são essenciais no êxito das ações. A falta de banheiros exclusivos, de poltronas para acompanhantes, de acessibilidade, e área de banho para o RN são pontos desfavoráveis ainda muito frequentes no país todo (BRASIL, 2021, p. 6). A observância da estrutura é indispensável para a humanização da assistência perinatal.

Sobre a gestão participativa e compartilhada, a pesquisa revela que as fragilidades de participação de usuárias e profissionais nas tomadas de decisão e co-responsabilização na gestão. Além de menos da metade dos serviços possuírem ouvidoria para as pessoas usuárias das maternidades (BRASIL, 2021, p. 6).

A oportunidade de participação na pesquisa na posição de gestora, reforçou a

importância da co-responsabilização entre profissionais, usuários e gestores e de forma mais crucial a garantia de recursos para operarmos a mudança do cenário obstétrico brasileiro. O questionário extenso e detalhado nos convocou a criar estratégias para agilizar as adequações necessárias para qualificação da assistência e principalmente redução de morte materna e fetal. Quando da primeira devolutiva parcial dos dados no final de 2018 realizada pelo MS, Fiocruz, SES, SMS e gestões locais de serviços obstétricos da região metropolitana do Rio de Janeiro, um compromisso coletivo de melhorias foi firmado e a partir de planos de trabalhos liderados pela SMS, a maternidade que atuo se envolveu, incluindo a formação de colegiado gestor nos moldes preconizados pela PNH.

Infelizmente, a execução deste plano pouco avançou nestes 4 anos, além da mudança brusca e imposta pela pandemia Covid19 na escala de prioridades das ações, entre 2018 e 2020 vivenciamos o período de maior agudização de déficit de profissionais, redução de investimentos em saúde, queda na qualidade do pré-natal diante do desmonte da atenção primária e outros pontos de atenção da rede, reduzida capacidade de operacionalização do plano pela gestão local que acumula funções e atua inclusive na assistência direta às mulheres. Além de acentuada desmobilização de ações externas à maternidade, sobre o incremento das medidas necessárias, também relacionadas às trocas de governos federal e municipal ocorridas exatamente à época do início das devolutivas.

A RC é apresentada no Caderno de Humanização do Parto e Nascimento como a oferta do MS para o parto humanizado (p. 445), constitui-se como uma rede cuidadora (p. 446) e tem como seu maior desafio “mudar a concepção de parto, de nascimento e de gravidez” apostando na humanização de todas as etapas do cuidado incluindo os direitos reprodutivos até a assistência quaternária, como estratégia sistêmica, de forma integrada e integradora (BRASIL, 2014a, p. 451).

Esse é o maior desafio, mudar a concepção para mudar a nossa realidade. Nossas práticas devem potencializar essa fisiologia, mas a mulher é vista como incompetente. Organizar o serviço com outra lógica e ter outro lugar é o grande desafio nosso (BRASIL, 2014a, p. 451).

O acolhimento como postura atenta gera entre profissional de saúde e a gestante ou puérpera é uma possibilidade de encontro que emancipa e não coloniza (MATTOS, 2008a, p. 331).

Na pandemia de COVID-19, principalmente nos primeiros meses, o lugar de encontro entre profissionais de saúde e gestantes e puérperas foi reduzido em diversas instituições e o

próprio afastamento necessário para a prevenção da contaminação pelo vírus, contribuiu muito para faltas às consultas de pré natal, redução de procura por métodos contraceptivos, adoecimento das gestantes sem atenção qualificada e precoce. Fatores como a desarticulação das redes de cuidado de crianças- creches e escolas fechadas, mulheres sem rede de apoio e sobrecarga de cuidado doméstico, além do desemprego e perda de postos de trabalho da classe em serviços presenciais e a falta de recursos financeiros para locomoção também contribuíram muito para o absenteísmo no pré natal e realização de exames complementares. Reagendamentos efetuados pelos próprios serviços por não terem profissionais suficientes para atuarem em todas as frentes necessárias- acolhimento e testagem de casos, rotinas já previstas, tudo sobreposto ao adoecimento dos próprios profissionais promoveu o desencontro dos cuidadores com as mulheres e intensificaram as vulnerabilidades.

O trabalho contínuo de humanização da assistência perinatal se impõe ainda mais urgente para recuperarmos este tempo de perda de possibilidades de melhorias básicas e mais finas das práticas de cuidado obstétrico. Desafios ainda maiores estão postos para a concretização das políticas públicas diante da alargada cratera social e econômica, agravada pela pandemia COVID19, em que se encontra o Brasil.

Os avanços alcançados em 2017 precisam ser ampliados e a política da RC deve ser monitorada de forma regular. A prática avaliativa auxilia no direcionamento de políticas e na regulamentação na atenção hospitalar ao parto e nascimento, aproximando, assim, o planejamento em saúde e a prática do cuidado das discussões sobre a qualidade dos serviços. Por m, é fundamental criar espaços e estimular os já existentes para a participação das usuárias e suas redes no exercício do controle social e no cuidado compartilhado, conforme definido na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2021, p. 8).

3.6 Desencontros escolhidos, impostos protocolarmente e os encontros das contingências na pandemia COVID19

Vivemos esperando
 Dias melhores
 Dias de paz, dias a mais
 Dias que não deixaremos para trás
 Vivemos esperando
 O dia em que seremos melhores
 Melhores no amor
 Melhores na dor Melhores em tudo
 Vivemos esperando
 Dias melhores pra sempre

Jota Quest, 2000

Como todo início de ano, expectativas, planos que se dividem em novas ações e concretizações de ações passadas, metas e compromissos são firmados em todos os espaços de trabalho, convívio familiar e social. E não foi diferente nos serviços de saúde espalhados pelo mundo em 2020. Desde os macro espaços de decisão até as agendas pessoais, nada escapou ao inesperado, pandêmico e desafiador ano de 2020. Com um “novo” imposto sobre a forma de cuidar, relacionar-se, manifestar afeto, acolher seja individualmente ou coletivamente devido à inesperada notícia da Pandemia, declarada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em

11 de março de 2020 (OPAS, 2020) causada pelo novo coronavírus, o desafio de liderar equipes de saúde, tornou-se ainda mais complexo, frente ao potente inimigo invisível *Sars- CoV-2*, descoberto na China no final de 2019.

Considerando a ‘pensada’ agenda de ações prioritárias de acordo com o planejamento feito para o 1º semestre daquele ano, é muito emblemático registrar que o ano de 2020 foi considerado pela OMS como o “Ano Internacional da Enfermagem e Obstetizes” com a campanha global- *Nursing Now*, de valorização da profissão, visibilidade das incontáveis frentes de atuação de equipes de enfermagem ao redor do mundo, incentivo às oportunidades de aprimoramento e ampliação de formação de enfermeiros e técnicos de enfermagem (OPAS, 2019).

Sob o lema ‘Onde há vida, há enfermagem’, o Brasil aderiu à campanha global *Nursing Now*, que tem como principal objetivo fortalecer a educação e desenvolvimento dos profissionais da área de enfermagem com enfoque em liderança, bem como melhorar suas condições de trabalho e compartilhar práticas exitosas e inovadoras com base em evidências científicas em âmbito nacional e regional (OPAS, 2019).

Lançada no Brasil em 24 de abril de 2019, a Campanha Global *Nursing Now* contou com um grupo de trabalho que coordenou as ações da campanha e diante da pandemia direcionou esforços para fortalecimento e proteção da profissão, baseados em seus pilares já estabelecidos (BLOG DA SAÚDE, 2020). De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), os diretores da *Nursing Now* Global ampliaram a vigência da campanha até o final de junho de 2021, devido à pandemia do novo coronavírus (COFEN, 2020).

O compromisso do GT no Brasil é baseado em discutir questões relacionadas com a formação dos profissionais de Enfermagem, condições de trabalho e visibilidade da Enfermagem. Além disso, análises de iniciativas e experiências exitosas da Enfermagem brasileira têm sido realizadas a fim de estabelecer estratégias que articulem e fortaleçam redes de conhecimento em intervenção, por similaridades de ações/experiências, assim como a formulação de material didático e estratégias de intervenção para capacitação sobre liderança e visibilidade da Enfermagem, além de fomentar ações que impactem o conhecimento e registro da Campanha no País (COFEN, 2020).

Longe das possibilidades de qualquer articulador ou idealizador desta campanha imaginar que 10 meses após o lançamento da campanha no Brasil- o papel da enfermagem seria inesperadamente fortalecido, visibilizado e ao mesmo tempo milhares de enfermeiros e técnicos de enfermagem estariam tão fragilizados visto o elevadíssimo número de adoecimentos e mortes por COVID-19 entre tantos profissionais de saúde.

Trazendo para a agenda pensada no cenário em que ocorreram minhas vivências na pior fase da pandemia, descrevo aqueles dias utilizando o ‘eu’ alternado com ‘nós’ com foco no trabalho institucional junto às equipes a fim de garantir o cuidado ofertado- tecnicamente eficaz, seguro, ético e centrado na mulher, buscando principalmente a experiência positiva e desfecho favoráveis à saúde das gestantes, puérperas e todos os usuários que acolhemos.

As vivências experienciadas desde o início da pandemia, na maternidade, acumulam-se ainda de forma muito intensa e misturadas comparada ao que considero minimamente como uma agenda normal de trabalho, ‘pensada e idealizada’ até março de 2020 para o desenvolvimento de ações e melhorias do serviço de enfermagem e consequentemente qualificação de todo serviço prestado na maternidade com foco na humanização das práticas na assistência gravídica- puerperal.

Mas como já citado acima, a chegada do novo coronavírus, trouxe consigo uma carga incontável de incertezas, além de adoecimento grave e morte nas equipes de trabalho em linha de frente da pandemia, fato que já é absurdamente devastador ao vigor das equipes, que ganharam o medo como elemento no exercício da profissão (CONFEN, 2022).

Outras tantas mais incertezas dentro do contexto político-governamental que o mundo atravessa e especificamente o nosso país, como severas perdas no campo social, redução de direitos trabalhistas e redes de proteção, desemprego, vulnerabilidades acentuadas, além de inúmeras perdas orçamentárias significativas do SUS, redução de força de trabalho em saúde nas linhas de base da profilaxia e acesso a cuidados primários de saúde à população, acrescentaram condições para o agravamento de todo cenário de cuidar e ser cuidado no dia a

dia, ainda mais em meio em condições tão adversas.

O Ano da Enfermagem e Obstetrícia, tão esperado e rico de expectativas, inaugurou-se como desafio global de conhecer um patógeno altamente letal, que desarticulou as relações internacionais de comércio e diplomáticas, desorganizou desde as agendas do macro poder mundial até as singelas e essenciais agendas de serviços de saúde e de cada indivíduo do planeta. Ainda que de formas muito diferenciadas todos fomos afetados, em distintas intensidades e muitos modos de como se adequar e sobreviver aos impactos da pandemia, a novidade se deu para todos, não há ilesos neste contexto.

Foi imperativo mudar, o momento exigiu reorganização, alerta, prontidão, cautela e um agir precocemente frente ao novo, inesperado, assustador e desconhecido vírus.

Uma nova agenda impôs-se, uma nova rotina que exigia de todos nas diferentes esferas de decisão e ação. O rigor das práticas de precaução de contato, na circulação dos espaços e comportamento no cotidiano simples da vida, o afastamento social e a tão anunciada etiqueta respiratória, recebida com estranheza, (estranhamente diga-se de passagem) até mesmo por muitos profissionais de saúde. Era ‘o novo imposto’ que dentro de todas as recomendações divulgadas e reforçadas pela grande mídia responsável e ética, poderia nos proteger e até nos salvar de uma catástrofe ainda maior do que a que já se apresentava principalmente na Europa e EUA até aquele momento. O encontro da maneira que sabíamos ter tornou-se perigoso e o desencontro se tornou protetivo.

Vasculhando a memória tão recente do lugar das vivências, as perguntas que inquietaram e moveram para a ação que urgia eram nesta ordem: como se adequar? Como adequar espaços, rotinas, protocolos, fluxos? Como readequar as escalas já tão precarizadas pelo déficit de recursos humanos de longa data? Como acolher, encorajar e não lançar ainda mais sobrecargas às equipes de enfermagem para além das tantas já inclusas no novo modo de cuidar e ser cuidado? Como proteger para que deem proteção? Como garantir direitos para que se sintam guardiões e promotores de direitos de outros? Como planejar e definir condutas nas incertezas de que sejam realmente redutoras de dano e acertadas frente ao risco de morte causado pelo novo vírus? E como abraçar sem abraço, como?

Todas estas e outras questões habitavam em minha mente e de toda equipe de gestão nos primeiros meses, provocando inquietações e busca por respostas concretas e soluções rápidas e eficazes. Penso ter vindo daí o grande estresse institucional e pessoal comum a todos nós. Urgia a adequação aliada à segurança, que desafio.

Entendendo que as demandas da vida cotidiana não se interrompem mediante o novo, não era suficiente adequar-se para atender casos suspeitos de COVID-19 e evitar que a

maternidade se tornasse um local de colaboração para a propagação do vírus. Era preciso continuar sendo maternidade. Era e é imperativo continuar acolhendo e cuidando efetivamente, de mulheres em distintas situações durante o ciclo reprodutivo. Fossem elas ‘tentantes’ da sonhada gestação; mulheres em busca de diagnóstico de gravidez ‘não sonhada’; gestantes desejosas e ansiosas pelo nascimento de seus bebês ou não; puérperas com algum episódio de complicação no pós-parto; gestantes em situação de abortamento; recém nascidos de médio e alto risco neonatal e ainda pessoas em situação de violência doméstica ou vítimas de violência sexual. Era imperativo promover o encontro do cuidado seguro e da efetivação dos direitos.

E assim se deram os dias entre as incertezas, número crescentes de casos de COVID-19, necessidades de ações, notas técnicas, estudos publicados ao redor do mundo, recomendações científicas sendo validadas e construção coletiva de saberes e práticas no ambiente de trabalho árduo, porém profícuo. Muito se avançou e a nova agenda se construiu com inovação, criatividade, angústia, medos, falhas e acertos, mas sem abandonar as pautas pensadas anteriormente, também desafiadoras e transversais ao contínuo trabalho de avaliação de indicadores perinatais, garantia e melhorias de processos de trabalho, vigilância de agravos e mudança da cultura de segurança na maternidade e em cada envolvido.

Frente aos protocolos de cuidado e proteção de profissionais idosos, portadores de doenças crônicas e outras comorbidades, gestantes, puérperas pelo risco aumentado de agravamento pela infecção por coronavírus, o número de profissionais à época foi drasticamente reduzido, ao cumprir-se o afastamento destes a partir do final de março de 2020, com retorno ao trabalho apenas após as duas doses de vacina no final de 2021 e início de 2022. Acrescido pelos primeiros afastamentos por razão de sintomas gripais entre os membros das equipes em geral, inclusive em postos de alta gestão e liderança, mas principalmente de enfermagem, o maior desafio da gestão apresentou-se: falta de pessoal para trabalhar e manejar os protocolos já existentes e ainda adaptar-se aos novos implantados.

O ‘não esperado’ aconteceu, adoecemos antes da população que esperávamos atender. Os cuidadores necessitavam de cuidados, entre março e abril de 2020 somando-se afastamentos por casos suspeitos de Covid-19 e por precaução de risco, os plantões e rotinas, inclusive administrativos, chegaram a ter um terço de profissionais ausentes e em alguns dias pontuais, acima de 50% da equipe ausente. Além da sobrecarga para quem permanece, as falas de temor sobre a possibilidade de também adoecer eram legitimadas pelos dados estarem divulgados na mídia e a experiência concreta da perda de colegas em linha de frente da pandemia, fossem próximos a nós ou não. Diariamente desencontros provocados por adoecimento e morte nos afligiam.

Uma desmobilização interna sobre o que se faz há anos com prazer e convicção se misturou à necessidade de auto proteção, auto cuidado e sobrevivência em dias tão difíceis e incertos,mas não chegou a desmobilizar o suficiente para paralisar-nos, mas me fez (e ainda faz)chorar muito, lamentar profundamente o quanto a dor de perdas de entes queridos, colegas, conhecidos e desconhecidos nos atingiu, nos transformou, nos impôs seguir na oferta de cuidado para minimamente reduzir danos a outros. Humanamente é essencial o sentir, o desafio está em como acolher esta dor, externá-la, e buscar caminhos de mitigar os sofrimentos e os possíveis danos psíquicos e físicos deixados pela exposição à ameaça de adoecimento e estresse constante. O encontro com a dor deixou marcas em todos nós.

Ao mesmo tempo o dever e a clareza de que o certo a fazer estava sendo feito: busca de conhecimento acerca de abordagens terapêuticas; treinamentos em serviço; garantia de EPIs para as equipes; pacientes e acompanhantes, eram e ainda são motores para continuidade das ações e enfrentamento da pandemia priorizando a detecção precoce de sinais de agravamento nas gestantes e puérperas a fim de evitar mortes entre este grupo em especial, considerado grupo de risco e com alto índice de morte no Brasil quando comparado com outros países do mundo.

Sem contar com rede profissional próxima de acolhimento psicológico para as equipes de trabalho, a divulgação e incentivo de aproximação às diversas iniciativas de apoio psicológico ofertadas por redes virtuais voluntárias de cuidado foi uma estratégia para minimamente apontar o reconhecimento do esgotamento e alguma possibilidade de cuidado. Era o desencontro entre o cuidado e os cuidadores e da humanização que se deseja ofertar às mulheres, mas não conseguia ofertar aos trabalhadores. A iniciativa Enfermagem Solidária, do COFEN era uma das alternativas.

A iniciativa do sistema Cofen/Conselhos Regionais tem o objetivo de manter atendimento ininterrupto àqueles que estão na linha de frente do combate à pandemia da Covid-19 e necessitam ter seus sentimentos acolhidos e, de certa forma, precisam ser ajudados a compreender fragilidades e potencialidades diante de seus medos e da ansiedade, ou ainda tirar dúvidas sobre situações vividas durante a assistência (COFEN, 2020).

Em publicação no site do COFEN em 16 de junho de 2020 a manchete: "Brasil responde por 30% das mortes de profissionais de Enfermagem por COVID-19" (CONFEN, 2020), evidenciava o porquê de um dos sentimentos mais comum entre os profissionais: o medo. O sentimento que deve estar ausente das relações estabelecidas entre cuidadores e pessoas cuidadas era real e conviver com ele por um ano e meio, até que todos os trabalhadores da

maternidade tivessem a oportunidade de se vacinar foi muito desafiador. A notícia abaixo exemplifica a dimensão da angústia trazida ao cenário de cuidado ao parto e nascimento.

O Brasil superou, nesta segunda-feira (15/06), duas centenas de mortes de profissionais de Enfermagem. Três em cada dez óbitos são de profissionais brasileiros, segundo levantamentos do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN). São mulheres relativamente jovens, com prevalência da faixa etária de 40 a 60, muitas delas com comorbidades, que não deveriam estar em contato com casos suspeitos de covid-19 (COFEN, 2020).

O desafio de cuidar de profissionais, oferecer-lhes apoio possível no contexto de esgotamento e medo instalado entre as equipes, ansiedade pelas consequências de ações governamentais para conter a propagação do vírus, como por exemplo a redução de frotas de transporte coletivo, controle de fluxos de pessoas entre municípios, trouxeram impactos diretos no comportamento dos profissionais e suas expectativas sobre a satisfação no trabalho. A precarização já instituída nas relações de trabalho, somada ao desamparo emocional, exacerbaram e evidenciaram ainda mais as mazelas cotidianas dos trabalhadores. Desencontros escolhidos pelos governantes.

Considerando a predominância feminina do conjunto de profissionais de enfermagem, caracterizadas por baixo poder aquisitivo, maioria de duplo e até triplo vínculo empregatício, que ainda acumulam tarefas domésticas e de cuidado de familiares, além de muitas serem chefes de família é possível pensar os danos e aflições a mais que este período de pandemia trouxe ao grupo. “Uma categoria majoritariamente feminina (85%) e exposta a intenso desgaste físico e psicológico, além dos riscos biológicos” (SILVA; MACHADO, 2019, p. 12).

É importante saber onde atuam e como está esse imenso contingente da saúde. Buscando os dados da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil, atuando no setor público somam 58,9% de toda a Força de Trabalho, se tornando o maior e mais importante empregador da Enfermagem... metade estão em situação de precarização do trabalho, 62,5% têm salários de até 3mil reais e 14,4% estão na condição de sub-salários (igual ou inferior a mil reais) (SILVA, 2019, p.11).

O cenário da maternidade não foge ao perfil apresentado na maior pesquisa realizada no Brasil sobre o perfil da enfermagem brasileira. Ao pensar no perfil das mulheres mais atendidas pelo SUS, seja em maternidades ou demais serviços de saúde, nos faz refletir o quanto a equipe de enfermagem e as mulheres que cuidamos se assemelham e estão em lugar de vulnerabilidades acentuadas pelo nosso contexto social. Cuidamos de nossos espelhos, mas não cuidamos de nós mesmas?

E em meio a todo este cenário marcado pela interseccionalidade, já discutida nesta

escrita, os direitos das mulheres trabalhadoras da enfermagem eram violados juntamente com os direitos das mulheres a serem cuidadas.

Os corpos que cuidam são os mesmos corpos cuidados, ainda assim, por muitas vezes não se reconhecem conscientemente, suas semelhanças e pautas comuns são obscurecidas pela relação de poder, necessidade de garantir a ordem, fazer-se ‘respeitar’ e cumprir a prescrição escrita ou subentendida do sistema hierárquico de quem cuida e quem é cuidado, reproduzindo os ingredientes da massa que alicerça e faz os rejuntes da construção estrutural da sociedade brasileira- racismo, patriarcado e machismo. Aqui operacionalizados também por suas maiores vítimas: mulheres negras e pobres. Os desencontros resultantes da opressão sistemática das ferramentas do poder acentuaram as dores de todas nós.

Ter respostas concretas e rápidas soluções além de gerenciar acolhendo as sugestões e dando tempo para reflexão do caminho mais apropriado, com coparticipação nas decisões, cultivando um canal de escuta ativa e percepção de desacordos a fim de solucioná-los precocemente, nem sempre foi possível, paralelo aos imperativos de executar urgentemente os planos operacionais de melhoria da assistência.

A gestão necessita de respeito à racionalidade, mas deve atuar de forma criativa e não repetidora de diretrizes, regras ou atos. Deve impulsionar a inovação, o dinamismo e a liderança, e ao mesmo tempo lembrar obrigações legais sobre orçamentos, direitos e deveres, representações dos distintos atores sociais interessados naquele serviço (CARVALHO et al., 2019, p. 212).

Era perceptível que a intenção de cuidar e proteger a equipe nem sempre era aceita e reconhecida pelos mesmos, o que inclui o fornecimento de equipamentos de proteção individual (EPI) e garantia dos mesmos para uso de todos os profissionais nos diferentes espaços de cuidado. Esclarecer o uso racional do EPI com o medo como pano de fundo foi desgastante e por vezes uma meta não alcançada, gerando em muitos a sensação de desproteção e negativa de cuidado por parte da gestão local, não explicitada diretamente à chefia imediata de serviço e sim compartilhada com outros profissionais.

Dialogar com profissionais na ausência de testes para detecção de COVID-19, de tratamento eficaz, de leitos especializados mediante risco iminente de adoecimento, e pouca perspectivas de melhora do cenário, ao contrário disso um prognóstico evidente de aprofundamento da crise sanitária, exigiu de todos em lugar de gestão compartilhada um movimento de proximidade, compreensão, parceria e firmeza com as diversas equipes de trabalho simultaneamente para avançarmos com as enormes modificações necessárias para a nova prática assistencial aos casos suspeitos de COVID-19.

O esforço conjunto de diferentes setores e gerências de serviço foi primordial para a diária adequação da unidade e de seus fluxos e protocolos. Além de suporte constante da direção local e da gestão em nível central pela subsecretaria de atenção hospitalar e emergências e superintendência de maternidades em todas as situações que se apresentaram, ainda que sem respostas para diversos questionamentos e buscando soluções para o maior desafio enfrentado - o déficit de recursos humanos em enfermagem. Esta parceria e suporte nas 24hs fizeram grande diferença para amenizar as angústias das equipes de gestoras do conjunto de maternidades da cidade e reduzir danos e mortes das gestantes e puérperas.

A gestão envolve a melhoria do funcionamento das organizações e para isso ela tem que encontrar a melhor combinação possível dos recursos disponíveis para atingir os seus objetivos. Encontrada essa combinação, ela é institucionalizada através da formalização de estruturas, processos, rotinas, fluxos e procedimentos (CARVALHO et al., 2019, p. 213).

Ao olhar para este lugar da gestão de serviço de enfermagem, refletindo sobre a afirmação de Carvalho(2019), esta “melhor combinação possível dos recursos disponíveis” se dá mais acertadamente quando os múltiplos saberes se conjugam para a tomada de decisão.

Acessar informações e recursos em tempo hábil, compreender, discernir os passos possíveis, discutir entre os trabalhadores principais das tomadas de decisão, providenciar os meios de execução e comunicar aos profissionais na ponta do serviço a operacionalização do novo modo de fazer, tornou-se nossa rotina diuturnamente.

Um verdadeiro turbilhão de ideias e tentativas de reduzir as necessidades de mudanças muito bruscas na maternidade, desafiadas pela imposição de adequação da ambiência do trabalho tanto para garantia de espaços de assistência dentro das normas de isolamento respiratório que protegem os profissionais com execução das técnicas corretas de precaução, quanto não estigmatizar a mulher - ‘a isolada’, e não aumentar sua tensão frente ao quadro.

Ao mesmo tempo, o desafio de garantir privacidade, protagonismo e centralidade do cuidado na mulher sem gerar grande constrangimento era prioridade em todas as discussões.

Em acordo com as Notas Técnicas, Manuais e Diretrizes sobre o novo coronavírus publicadas pelas autoridades sanitárias e órgãos competentes das diferentes esferas de atenção e governabilidade na saúde, avançamos nas adequações do serviço, sem perdermos o foco central de continuarmos sendo maternidade aprimorando-se na humanização de suas práticas e com todas as suas especificidades de cuidado obstétrico e neonatal.

Tais adequações foram atualizadas a cada nova orientação e avanço do conhecimento científico sobre o vírus e as formas de combatê-lo. Trabalho árduo, exercido no contexto de

múltiplas tensões e incertezas.

O nascimento como momento singular e a oportunidade de lembrar-nos que a vida persevera e insiste em ser desejada e preservada era fonte diária de esperanças renovadas em meio às ondas de desesperança. Os pequeninos carioquinhas que chegavam anunciavam a teimosia da continuidade da vida e sua renovação. Encontro bendito de amor e esperança!

Aprimoradas as técnicas de cuidado, aperfeiçoamento em reduzir possibilidades de agravamento e manejo mais resolutivo de suporte terapêutico, a atenção ao parto e nascimento seguiu sendo ofertada na perspectiva da humanização que se esforça-se em propiciar à mulher uma experiência positiva no parto, mesmo em condições tão adversas. Direitos como garantia de acompanhantes foram mantidos apesar da forte resistência de alguns profissionais. Desafios postos em um tempo que as proximidades dos corpos eram desaconselhadas, o afastamento tornou-se forma de cuidado eficaz e necessário, mesmo gerando inquietação e angústia no novo fazer da assistência de enfermagem obstétrica. Foi necessário transitar do abraço e toque de corpos constantes ao afeto através de olhar expressivo, profundo e comunicante do querer estar perto sem poder. As novas formas de abraçar se apresentavam nas palavras, ora no silêncio, nos gestos e em toda forma de comunicar-se que se alinhava com a prevenção de contágio pelo novo vírus.

Dos encontros inundados de subjetividades, valorização da escuta e percepção do corpo e suas expressões, passamos ao maior valor da fala, atravessada pela barreira das máscaras, objeto obrigatório e concreto de proteção e carregado de simbolismo de autocuidado e cuidado do outro. Mas que pelo esforço que impunha para falarmos, nos forçou a silenciarmos mais os encontros. Desencontros impostos protocolarmente.

A esperança de dias melhores e mais leves para o cotidiano nada simples da maternidade, resistiram até o advento da vacina. Eles chegaram, melhores e mais leves ! E a melhor notícia, estávamos todos bem, apesar de muitos adoecimentos entre a equipe de enfermagem, todos sobrevivemos ao vírus e às tantas tragédias daqueles dias.

Esperança a ressignificação do sentido do cuidado coletivo, do valor da vida para todos, os que cuidam e em algum momento da vida também são cuidados e às mulheres e suas famílias também. Elas que sempre se apresentam no sistema como ‘usuárias’ e receptoras do cuidado, mas na prática trazem tanto de suas bagagens e saberes, que quando escutadas e valorizadas, nos cuidam também. Esperança a transformação de tanto aprendizado ‘imposto’, durante a pandemia, sobre prática organizacional coletiva em cotidiano institucional de aperfeiçoamento das relações interdisciplinares, soma de saberes ao invés de competição, agregando qualidade incomparável à assistência respeitosa, competente e segura na gestação, parto, nascimento e

puerpério.

Diante do misto de sentimentos que se sobressaem na inesperada mudança de prioridades no planejamento gerencial da maternidade, especificamente sobre a equipe de enfermagem, o anseio por garantir proteção e segurança aos profissionais mantendo compromisso com a garantia da humanização do parto e nascimento, se destaca e me move ainda nestes dias.

A reformulação de agendas, a busca de conhecimento, a perseverança, o trabalho colaborativo e interdisciplinar e o cultivo da esperança foram elementos essenciais ao desafio diário de gerir equipe de enfermagem em dias de profundas tensões e incertezas.

Evidentemente que partilhar os desafios e coletivamente fazer a tomada de decisões, reconhecendo os avanços com outros membros da equipe de gestão reduz em muito o peso da liderança e agrega indiscutivelmente muita coesão e sentido de pertencimento ao processo, além do lugar de inovação. É um repartir de responsabilidades com seus ônus e bônus dolugar próprio que se ocupa em gestão.

Em dias absurdamente exaustivos constatei que o trabalho em equipe é potente noenfrentamento do novo e na constante melhoria dos processos, fortalecendo alianças para a superação dos problemas.

Aguardei por longos catorze meses os abraços, os reencontros, os colos para choros e risos. Tive a possibilidade de estar entre o grupo prioritário de brasileiros para receber a primeira dose da vacina contra o coronavírus, a oportunidade histórica de ofertar e receber a resposta mais eficaz de combate à pandemia e redução de mortes, um misto de sentimentos, a permanência do paradoxo imposto pela letalidade do vírus - alegria, gratidão e esperança renovada, misturadas à saudade, medo e indignação pelo negacionismo, demora edesigualdade no acesso e prioridade de imunização da população brasileira.

Vivenciei a alegria de ver os profissionais de enfermagem, acima de 60 anos, da maternidade anos serem vacinados no 1º dia de vacinação contra COVID-19 no Brasil, dia 20 de janeiro de 2021.

Ainda aguardo alguns desfechos de planejamentos realizados no término de 2019 e início de 2020 que adiamos pelo imperativo de parar ou mudar a rota. A urgência da vida e o constante repensar do hoje para um amanhã mais leve, mais livre e mais humano naturalmente humanizado, persistem apesar das perdas, recuos e retrocessos no campo dos direitos, sim a esperança persiste.

4 BUSCA DAS BRECHAS- IDEIAS PARA NÃO ENCERRAR A CONVERSA

Amanhã está toda a esperança
 Por menor que pareça
 Existe e é pra vicejar
 Amanhã
 Apesar de hoje
 Será a estrada que surge
 Pra se trilhar
 Amanhã mesmo que uns não queiram
 Será de outros que esperam
 Ver o dia raiar
 Amanhã ódios aplacados
 Temores abrandados
 Será pleno

Guilherme Arantes, 1977

Dentro da simbologia da colcha de retalhos inteiros, essa escrita final se inicia antes das suas primeiras linhas. Na montagem de colchas, a escolha e o arranjo dos detalhes, a ideia do que se pode compor com as estampas, tamanhos e tipos de tecidos diferentes, se faz inicialmente de forma imaginária, assim como é uma escrita. Ainda mais quando vem a partir de memórias ‘selecionadas’ que retratam encontros e desencontros de uma trajetória sempre coletiva, mesmo quando narrada em 1ª pessoa.

Simbolicamente a junção deste último retalho se dá em uma semana muito especial:- Paulo Freire, se estivesse aqui, celebraria seus 101 anos e o SUS está completando 32 anos. No dia que realmente concretizo as últimas linhas destas muitas laudas, estamos há 13 dias das eleições mais importantes da nossa jovem e ameaçada democracia.

Visitando ainda memórias para construção e costura desse último retalho, me deparei com as últimas anotações dos encontros da (in)disciplina Histórias e Verdades com Ruben Mattos, entre elas o alerta sobre o grande desafio de saber lidar com a “falta de controle do que se produz” que é essa “garrafa lançada ao mar”, como citado lá no primeiro capítulo deste texto.

Naquela mesma aula também ouvi que “toda produção tem produção de consequências”. É uma intenção desta produção, produzir a partir das reflexões aqui compartilhadas, boas consequências para a efetivação de um cuidado seguro e respeitoso a todas as meninas e mulheres, com efetivo exercício dos seus direitos.

No primeiro retalho dessa escrita falei do ‘conselho’ do Ruben sobre não criar expectativas, mas nestas últimas anotações da experiência de ‘ouvinte’ em 2019, também está escrito: “a expectativa é melhor forma de se frustrar, por que ela se confunde com confiança, com certeza, mas o desejo, o desejo leva a vontade ao mundo e impulsiona”. Dizem que se

conselho fosse bom, não seria dado e sim vendido, confesso que ouvi mas não absorvi tanto o conceito de apenas desejar. Me aventuro a um cotidiano de sentimentos misturados- expectativa e desejo.

Desde o prólogo as memórias compartilhadas nesta escrita, as ideias de ações já experienciadas e exitosas, e propostas para não encerrar a conversa iniciada nestas laudas, foram sendo lançadas. O primeiro convite que reforço aqui é sobre o tombar, se expor, se permitir experienciar “com todos os riscos e vulnerabilidades envolvidos” para sermos sujeitos disponíveis à humanização das práticas de saúde e caminharmos sendo também humanizadores de discursos e práticas no SUS, e transformados a partir da abertura ao processo de saber/aprender/ensinando, sem desprezar que desencontros também nos ensinam muito, nos ensinam ‘como não ser’.

A escrita das memórias dos desencontros, também provocam a continuidade da conversa realizada aqui, com tantos autores, sobre os esforços que devemos fazer para efetivação dos direitos das mulheres e combate diário das violações de direitos sexuais e reprodutivos. Retorno ao processo saber/aprender/ensinando para estimular que principalmente nos desencontros que vivenciamos na práxis diária dos serviços obstétricos, a pedagogia engajada e compassiva de bell hooks seja praticada entre profissionais, aprendizes(acadêmicos, internos e residentes), pacientes e (in)pacientes, porque como ela ensina “há uma certa dor envolvida no abandono das velhas formas de pensar e saber e no aprendizado de outras formas”(HOOKS, 2017, p. 61).

Para manter o desejo e a concretização de encontros geradores de cuidado centralizado na mulher, seguro, repleto de significados que proporciona experiência positiva às mulheres, e ainda produza nos profissionais também a experiência positiva de cuidar bem, identifico o incentivo sistematizado, por parte da alta gestão em saúde e das gestões locais, de produção de conteúdos, sensibilizações e treinamentos acerca dos direitos humanos para os profissionais de saúde, uma estratégia eficaz para a redução das violações, rotineiras e muitas ainda protocolares, dos direitos das pessoas nos serviços de saúde de atenção perinatal.

Na minha memória vem Paulo Freire e sua fala “quando a educação não é libertadora o sonho do oprimido é ser o opressor”.

Penso ser muito proveitosa a proposta de transformação das atitudes simplesmente ‘mandatórias’ de profissionais de saúde, ainda estimuladas na academia e em voga nestes tempos duros de autoritarismo que vivemos, para a formação profissional que educa mais pautada na horizontalidade, respeito e reconhecimento dos saberes trazidos das historicidades dos alunos e a partir daí, se aplica a abordagem sobre como deve ser uma relação emancipatória

e não colonizadora em práticas de saúde, com todas as pessoas envolvidas. Até no último retalho esta escrita é rica de utopias realizáveis!

A mistura expectativa/desejo se apresenta aqui, a formação de profissionais ‘humanos’ humanizados de saúde! A PNH nos ensina e convoca à transgressão do modelo que está padronizado de formar em saúde. bell hooks nos ampara para a tarefa!

Será que o que está dito no livro quando se discute, por exemplo, o papel de sujeito cognoscente que o educando deve assumir é um sonho possível a ser perseguido ou não? Quando se fala no livro, da relação mais radicalmente democrática entre o educador e o educando numa sociedade revolucionária, é isto um sonho possível ou não? E se estes, como outros sonhos, não foram vividos por n razões, não significa, repito, que sua validade desapareça (FREIRE, 1985, p. 70).

Paulo, acredito que, nessa sua análise, a confrontação entre os sonhos possíveis, o abismo que há entre esses sonhos e o resultado, não negam, como você disse, o valor do livro (FREIRE, 1985, p. 71).

As utopias confessadas e retroalimentadas ao longo desta escrita mesmo que ainda não vividas, não significam que não sejam válidas. Empristo-me do diálogo entre Freire e Faundez em *Por uma Pedagogia da Pergunta*, para alimentar meu desejo de levar ao mundo, minha vontade de ver uma formação radicalmente democrática numa sociedade revolucionária a partir de valores da liberdade e da justiça. Refletindo em assistência ao parto com a liberdade segundo Nina Simone: ausência de medo, e justiça pela garantia dos direitos básicos até às especificidades dos direitos sexuais e reprodutivos para todas as pessoas do globo.

Por falar em sociedade revolucionária, trago novamente bell hooks, ao relatar que se questionava durante o apartheid racial na sua juventude, o mesmo que se questiona vinte anos depois: -“Ciente de que vivemos numa cultura da dominação, me pergunto agora, como me perguntava há mais de vinte anos, quais valores e hábitos de ser refletem meu/nosso compromisso com a liberdade?” (HOOKS, 2017, p. 41). Rever-se frequentemente e reconhecer que valores refletem nosso compromisso para a humanização do parto e nascimento e garantia de direitos das mulheres neste cenário, inclusive das profissionais é um exercício necessário para evitarmos que as durezas do cotidiano nas estruturas precarizadas do ambiente do trabalho nos embruteça, e nos tornemos meio de supressão das liberdades.

Tal pergunta de bell hooks a si mesma, e que nos serve, está no contexto das reflexões em que de mãos dadas com Martin Luther King Jr. ela descreve as opressões e atravessamentos do “patriarcado capitalista da supremacia branca” e os sentimentos envolvidos no reencontro de sua turma, vinte anos depois, para a 1ª confraternização “em que as raças estariam integradas” (HOOKS, 2017, p. 40).

Desde o título do capítulo, “Uma revolução de valores”, os ideais de justiça, liberdade, igualdade e erradicação de sistemas de exploração de classe, nos inspiram para o enfrentamento das injustiças perpetuadas como fruto da escravidão, que marcou a maior parte da história brasileira e que ‘coisifica’ pessoas, principalmente mulheres negras. bell completa sua resposta à pergunta de auto exame, descrevendo que ao longo dos 20 anos conheceu muita gente que se dizia comprometida com a liberdade e a justiça para todos, mas o modo de vida e hábitos que demonstravam no dia-a-dia tanto em rituais públicos quanto privados, contribuíam para um mundo sem liberdades (HOOKS, 2017, p. 40).

Eu também vi muito essa postura nos últimos quase vinte anos de atuação em serviço obstétrico. Desde a alta gestão, passando pelos profissionais da assistência direta e até em posturas de movimentos sociais de defesa de boas práticas que não valorizam o saber e autonomia de todo e qualquer ser humano e promovem violação de direitos.

É através da “verdadeira revolução de valores” de Luther King que bell traz a fala dele para a sua reflexão, e que se apresenta muito apropriada à tarefa colossal que temos pela frente para a mudança do modelo de assistência obstétrica brasileira, demasiadamente intervencionista, patologizador do processo gestação/parto e puerpério e conseqüentemente potente gerador de danos leves, moderadas e graves como violência obstétrica, experiência negativa no parto e até morte materna e ou fetal. Todas estas, conseqüências que caracterizam a atenção perinatal constantemente violadora de direitos, que é exercida no Brasil. São as palavras de Luther King:

[...] a estabilidade do mundo, desta grande casa onde habitamos, terá de envolver uma revolução de valores que acompanhe as revoluções científicas e libertárias que engolem a Terra. Temos de deixar de ser uma sociedade orientada pelas “coisas” e passar rapidamente a ser uma sociedade orientada para as “pessoas”. Quando as máquinas e os computadores, a ambição de lucro e os direitos de propriedade são consideradas mais importantes que as pessoas, torna-se impossível vencer os gigantes trigêmeos do racismo, do materialismo e do militarismo. É tão fácil a civilização naufragar diante da falência moral e espiritual quanto diante da falência financeira (HOOKS, 2017, p. 40).

Encarar e se emprestar a uma posição de resistência e não mais naturalização do racismo, sexismo, patriarcado e exploração de classe é a postura esperada e necessária entre todas as esferas de gestão compartilhada e participativa do SUS proposta pela PNH, para a realização dos ideais de sociedade justa, fraterna e livre.

Olharmos para a proposta de revolução de King e alinharmos a nossa sociedade para as “pessoas” é humanizar. É se dispor a analisar as relações e práticas estabelecidas hoje no

sistema de saúde olhando pela construção da macropolítica, para além do Brasil, inclusive.

Requer nos olharmos e aos outros, e também às regras encorajadas na nossa sociedade, sobre consumo, e a “naturalização da dominação de fortes e poderosos sobre fracos e impotentes”. Como bell se espanta, eu também me espanto, sobre como o discurso coletivo é de rejeição destes valores, mas a rejeição na prática está longe de ser completa, a prova é como estes valores estão vivos e operando na sociedade (HOOKS, 2017, p. 43).

Os direitos humanos devem ser tema a ser transversalizado em todas as ações de planejamento, execução e avaliação das práticas de saúde nos serviços obstétricos.

A capacidade da gestante de acessar, compreender, analisar e usar informações em saúde na tomada de decisão sobre seu cuidado e na sua transição pela rede de atenção à saúde é fundamental para contribuir com o exercício e efetivação do seu direito humano em ser cuidada no pré-natal, parto e puerpério com qualidade e respeito.

Na construção das garantias de exercício dos direitos, o direito de cuidar e ser cuidado está atravessado pelas estruturas físicas e sociais existentes. O direito de cuidar adequadamente para enfermeiras obstétricas e médicos obstetras e também por outros profissionais, que já estão implicados na mudança das formas de cuidar em obstetria, é violado diante das inadequações de infraestrutura dos serviços. Promover o encontro destes profissionais como seu direito de serem escutados e ocuparem lugar nas mesas de tomada de decisão e no campo político da argumentação e da construção da política pública é efetivar a PNH.

Dentre o direito de ser cuidado, destaco o direito de quem tá nascendo, o direito de nascer de histórias construídas em bases humanas da dignidade, do respeito, de necessidades básicas e específicas supridas, um campo rotineiramente violado, principalmente entre a população negra, os pobres e pessoas de baixa escolaridade.

Assim como para profissionais, precisam ser efetivadas também aos usuários, principalmente as mulheres, a garantia de assento nas mesas de gestão, e participação nas tomadas de decisão dos serviços, cumprindo assim a proposta da PNH de gestão do SUS.

Não há uma sociedade civil desorganizada, nem uma desmobilização dos movimentos de mulheres, há sim a falta de espaços efetivos para o controle social previsto na tríplice gestão. Este é um encontro a ser promovido urgentemente. Elas têm voz, têm muito a oferecer e a dizer sobre suas necessidades e demandas. Infelizmente, o que é reservado como espaço às mulheres, em oposição aos lugares de hostilidade, ainda é um tratamento infantilizado, com diminutivos como mãezinha, paredes rosas e azuis, enfeites e brindes para os recém-nascidos.

Formas de carinho e agrados são bem vindas, mas não dão voz e protagonismo para as mulheres acerca das mudanças a serem realizadas.

A reforma que desejo ver é a efetiva participação de todas nós na consolidação do SUS. Das reais bases das relações humanas, serem de respeito aos saberes, aliada aos estudos, os avanços de comprovação das boas práticas e ao conhecimento técnico, para efetivação dos direitos das mulheres grávidas.

Então, urge as vozes das mulheres e a inserção delas nesse ambiente de construção de políticas internas e modos de cuidar dos serviços obstétricos brasileiros.

Talvez seja muito delicado nos vermos e nos entendermos como mulheres, ainda que dentro dos jalecos brancos ou dos ‘pijamas’ estampados de trabalho, como as mesmas mulheres que são violadas em seus direitos cotidianamente, sob nosso cuidado.

Nos unirmos na luta pela reorganização dos espaços públicos, da redução da violência, da qualidade de transporte público e da geração de empregos nas periferias, na criação de creches noturnas, junto a projetos de ampliação da escolaridade de mulheres, dará a elas melhores condições de vida, e conseqüentemente uma “verdadeira revolução dos valores” ensinados pelas iniquidades naturalizadas ao longo da vida.

A tarefa exige mobilização de toda sociedade, é efetivação do direito humano, existir com dignidade! É uma ferramenta de humanização!

A justiça social gera tempo de vida, tempo para troca de afeto nas famílias. Ter tempo junto e de qualidade é redutor de violências, porque é gerador de vínculo. Ter tempo de sonhar e planejar é direito de ser gente, que vai aos poucos se libertando do medo, por exercer seus direitos e exercer agência de si. Ver, conhecer e cuidar de mulheres livres do medo de viver e de parir é um desejo que me move.

Urge o tempo, que nosso ventre será livre de verdade, não temeremos gestar meninas e meninos que hoje são alvos ‘incidentais’ da ordem e da desordem pública, por trazerem na pele a marca da Maria de Milton Nascimento.

As intersecções de raça, gênero e classe ao servirem de bases de reflexões e análises da efetivação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres apontam, principalmente após 2 anos e meio de pandemia, que a tarefa de dignificar a humanidade de meninas e mulheres exigirá elevados esforços mundiais para o cumprimento da agenda dos ODS 2030. E considerando que a pandemia não pode ser a única apontada por este atraso no cumprimento da Agenda 2030 visto a amplitude das desigualdades socioeconômicas no mundo que é anterior a 2020, principalmente nos países em desenvolvimento e em particular no Brasil, que negligenciou desde 2016 a urgência da continuidade das ações de enfrentamento a morbimortalidade materna e garantia dos direitos previstas pelo MS e OMS.

Sabendo que já é uma agenda comprometida por todos os danos causados pela emergência sanitária da COVID19, a mobilização para os compromissos firmados pelos ODS, se faz mais urgente ainda, visto que os avanços na qualificação e acesso das meninas e mulheres aos seus direitos, não só paralisaram, como os retrocessos em indicadores centrais da garantia dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos, foram alarmantes.

A colcha de retalhos alinhavada de bainha frouxa, maior do que eu imaginei, ganhou retalhos de tramas ainda mais densas, conforme foi sendo montada. Tais retalhos deram um aspecto muito mais robusto à colcha e a deixou mais resistente aos ventos frios de desesperança e perversidades destes tempos.

Desejo que esta escrita costurada com linhas firmes dos direitos, protagonismo feminino, centralidade do cuidado seguro e oportuno na mulher, sirva de lugar de pouso para muitas conversas, com bolo e café, sobre a construção de sociedade fraterna, justa e solidária proposta pelo SUS. E que um dia, os desencontros aqui representados em muitos retalhos, sirvam somente de memória sobre um passado distante e não vivido mais, pelas próximas gerações de mulheres e meninas de hoje e as que ainda vão chegar!

O processo desta escrita, apesar das dores e desafios que me impôs, hoje me traz reencanto para reconstrução de tantos processos de melhorias desmontados nos últimos anos. Os encontros e reencontros com as tantas pessoas realistas-esperançosas que povoam este texto e minhas memórias, após 2 anos e meio de pandemia, sustentam um ávido requerer da dignidade, no cuidado em saúde ofertado a todas as pessoas grávidas, pensantes ou tentantes da experiência de gestar. Ventos de renovo, sopram ao meu redor, ora como brisa, ora como sopro, ora como tempestade, mas em todas as formas me convidam(ou convocam) para seguir nas utopias reais da transformação do cenário obstétrico brasileiro.

Nem sempre, porém, todas as coisas que se vivem numa prática vêm à tona quando dela se fala. Às vezes porque, no ato de escrever, escapam; às vezes porque, no momento da redação, não pareciam fundamentais; às vezes porque taticamente não deveriam ser explicitadas, na época (FREIRE, 1985, p. 64).

É conforme a descrição de Freire, que me sinto ao juntar as pontas dessa colcha. As coisas que por ventura não explicitarei aqui, teriam mais relação com o sofrimento de relatá-las ou com a insuficiência de palavras para descrevê-las nestas linhas. E automaticamente me recordo de Conceição Evaristo:- “Escrever é uma maneira de sangrar, acrescento e de muito, sangrar, muito, muito (EVARISTO, 2015, p. 109).

Mas no compromisso de esperar e positivar, tenho como proposições a continuidade da conversa aqui redigida, esse texto ou partes dele, ganhar espaço em roda de conversa, crescer na oralidade, das reflexões entre mulheres. Se emprestar como ponta pé inicial ou de continuidade de outras conversas. Como uma forma de reflexões, a partir das minhas memórias e vivências sobre gestar, parir e nascer, e sobre a formação de novas pessoas sejam elas recém-nascidas ou já crescidas, e a reforma daqueles bem mais crescidos.

Na canção Carta à República, Milton Nascimento canta que nossa esperança é como sorvete em dia de sol. É assim que derrete minha esperança em alguns momentos do cotidiano na gestão e concretização do SUS, no cenário obstétrico brasileiro.

Convido aos leitores/ouvintes desta escrita/falada a seguirmos construindo fábricas de sorvete a fim de não desanimarmos. Os sóis do dia-a-dia ainda não conseguimos eliminar, mas podemos renovar nossos estoques de sorvetes todos os dias, juntos por uma assistência perinatal cuidadora e não danosa. Como manter as fábricas funcionando?! Alimentando nossas esperanças com boas memórias, dando passos ainda que curtos, mas nos movendo. E movendo junto, as estruturas de poderes opressivos, até que elas estejam ruídas e desmoronem.

Lhes convido a serem os esperançosos realistas de Ariano Suassuna!

Alinhavo o último ponto desta colcha, junto com bell hooks que traz sua memória e Luther King, para nos fortalecer com inspiração para as lutas que se apresentarem na efetivação dos direitos das mulheres.

Buscando forças na vida e na obra de Martin Luther King, sempre me lembro do profundo conflito interior que ele sofreu quando sentiu que suas crenças religiosas o obrigavam a se opor à Guerra do Vietnã. Com medo de perder o apoio dos burgueses conservadores e de afastar-se das Igrejas dos negros, King meditou uma passagem da epístola aos Romanos capítulo 12, versículo 2, que o lembrou da necessidade da dissensão, do desafio e da mudança: “Não vos conformeis com este mundo, mas transformai-vos pela renovação da vossa mente”. Todos nós, na academia e na cultura como um todo, somos chamados a renovar nossa mente para transformar as instituições educacionais e a sociedade de tal modo que nossa maneira de viver, ensinar e trabalhar possa refletir nossa alegria diante da diversidade cultural, nossa paixão pela justiça é nosso amor pela liberdade (HOOKS, 2017, p. 50).

REFERÊNCIAS

- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **Para educar crianças feministas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.
- ADICHIE, Chimamanda Ngozi. **Sejamos todos feministas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.
- ALMEIDA, Néri de Barros. **Os direitos humanos à prova do tempo**: reflexões breves sobre o presente e o futuro da humanidade. Campinas, BCCL/UNICAMP, 2021.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. **Racismo Estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.
- BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e Branquitude no Brasil. *In*: CARONE, Iray; BENTO, Maria Aparecida Silva (Orgs.). **Psicologia social do racismo**: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis,: Vozes, 2002.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **28/5 – Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna. Brasília, DF**: Ministério da Saúde, n.d. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/28-5-dia-nacional-de-reducao-da-mortalidade-materna-2/>. Acesso em: 28 ago. 2022.
- BLOG DA SAÚDE. **Ministério da saúde marca presença no lançamento do Nursing now Brasil**. 2020 (On-line). Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/53861-ministerio-da-saude-marca-presenca-no-lancamento-do-nursing-now-brasil>. Acesso em: 10 abr. 2022.
- BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20-28, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Acesso em: 13 abr. 2022.
- BRASIL. Fiocruz. **Sumário Executivo Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha**. 2021 (On-line). Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/05/Avaliacaoredecegonha_Sumario.pdf. Acesso em: 28 ago. 2022.
- BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Maternidade suína**: boas práticas para o bem-estar na suinocultura. Brasília: MAPA, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/producaoanimal/arquivos/cartilhamaternidadesuinav2.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde . **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.
- BRASIL. Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Vol II. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Despacho**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/pdfs/SEIMS-9087621-Despacho.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e reprodutivos Métodos Anticoncepcionais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf. Acesso em: 28 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Assist integral à saúde da mulher**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2000. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 1, p. 69-71, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011e. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 13 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Simpósio Internacional de Redes de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança/Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000200016>. Acesso em: 28 ago. 2022.

CARVALHO, Andre Luis Bonifácio *et al.* Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017-2020. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 20 dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100211&tlng=pt. Acesso em: 4 out. 2020.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000400014>. Acesso em: 28 ago. 2022.

CHRISTIAN, Hérica. **Senado acaba com autorização obrigatória do cônjuge para laqueadura**. 2022 (On-line). Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/radio/1/noticia/2022/08/10/senado-acaba-com-autorizacao-obrigatoria-do-conjuge-para-laqueadura>. Acesso em: 26 ago 2022.

COLLINS, Patricia Hill. Em direção a uma nova visão: raça, classe e gênero como categorias de análise e conexão. In: MORENO, Renata. (Org.). **Reflexões e práticas de transformação feminista**. São Paulo: Sempre viva Organização Feminista, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Campanha Nursing now é prorrogada até junho de 2021**. 2020 (On-line). Disponível em: www.cofen.gov.br/campanha-nursing-now-e-prorrogada-ate-junho-de-2021_80446.html . Acesso em: 10 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Canal de apoio atende média de 130 profissionais de enfermagem por dia**. 2022 (On-line). Disponível em: http://www.cofen.gov.br/canal-de-apoio-atende-media-de-130-profissionais-de-enfermagem-por-dia_79375.html. Acesso em: 10 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Observatório da enfermagem**. 2020 (On-line). Disponível em: <http://observatoriodaenfermagem.cofen.gov.br/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

DELL'ARA, João. Taxa de mortalidade materna no Brasil cresce principalmente por falta de recursos: As principais causas da mortalidade materna costumam ser hipertensão, infecção e hemorragia, principalmente no pós-parto. In: DALL'ARA, João. Taxa de mortalidade materna no Brasil cresce principalmente por falta de recursos. **Jornal da USP no Ar**, abr. 2022. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/taxa-de-mortalidade-materna-no-brasil-cresce-principalmente-por-falta-de-recursos/>. Acesso em: 13 set. 2022.

DOS SANTOS, Fernanda Rego Pereira; TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. A assistência à mulher no pré-parto e parto na perspectiva da maternidade segura. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 46-53, 2005. Disponível em: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=934. Acesso em: 13 abr. 2022.

ESPJV. **Dicionário Verbetes**. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html#:~:text=De%202000%20a%202002%2C%20o,%2C%20mais%20tarde%2C%20ao%20trabalhador>. Acesso em: 13 set. 2022.

EVARISTO, Conceição. **Olhos d'água**. Rio de Janeiro: Pallas/Fundação Biblioteca Nacional, 2020.

FARIA, Ana Elisa. ‘O silêncio é uma forma de conivência com casos de abuso’: antropóloga Debora Diniz fala sobre as ‘cumplicidades perversas’ que toleram atos como o estupro cometido pelo médico Giovanni Quintella Bezerra contra uma mulher anestesiada em São João de Meriti. **Nexo Jornal**, jul. 2022. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/entrevista/2022/07/12/%E2%80%98O-sil%C3%A9ncia-com-casos-de-abuso%E2%80%99>. Acesso em: 18 ago. 2022.

FREIRE, Paulo. **Por uma Pedagogia da Pergunta**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica**. Informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária em Saúde - Iniciativa Enlace-Reconhecer e fortalecer enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetritzés. Nova Iorque: UNFPA, 2021 Disponível em : <https://brazil.unfpa.org/pt-br/publications/guia-para-saude-sexual-e-reprodutiva-e-atencao-obstetrica>. Acesso em: 4 out. 2020.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Situação da População Mundial 2022**. Vendo o invisível em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional - Escritório UNFPA Brasil. Nova Iorque: UNFPA, 2022. Disponível em:

GÓES, Emanuelle Freitas. **Interseccionalidade no Brasil, revisitando as que vieram antes. Pensamentos e debates**, Salvador. 2019.

GÓES, Emanuelle Freitas. **Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional**. 2018. 105f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

GOMES, Maysa Luduvica. **A prática obstétrica da enfermeira no parto institucionalizado: uma possibilidade de conhecimento emancipatório**. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

GONZALES, Lélia. Racismo e Sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, [S.l.], p. 223-244, 1984. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%C3%A9lia%20-%20Racismo_e_Sexismo_na_Cultura_Brasileira%20%281%29.pdf. Acesso em: 10 abr. 2023.

GUIMARÃES, Agnes Sofia. Procedimentos de Laqueadura caem e acesso esbarra em desinformação. **Por Gênero e Número**, 19 jul. 2022. Disponível em: <https://www.generonumero.media/laqueadura-desinformacao/>. Acesso em: 26 ago. 2022.

HOOKS, Bell. **Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade**. Tradução: Marcelo Brandão Cipolla. 2. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2017.

HUMEREZ,, Dorisdaia Carvalho *et al.* Saúde mental dos profissionais de enfermagem do Brasil no contexto da pandemia covid-19: ação do conselho federal de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [S. l.], v. 29, ago. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/74115>. Acesso em: 4 out. 2020.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL. **Linhas de Pesquisa Política, Planejamento e Administração em Saúde. Rio de Janeiro:** Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro; Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/pesquisa/linhas-de-pesquisa-2/politica-planejamento-e-administracao-em-saude/>. Acesso em: 13 abr. 2023.

JANNOTTI, Claudia Bonan *et al.* Vulnerabilidade social e mortalidade materna no mundo e no Brasil. *In:* BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo *et al.* **Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Sumário executivo Nascer no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil.pdf. Acesso em: 13 abr. 2023.

LEAL, Maria do Carmo *et al.* **Sumário executivo Reproductive Health.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/12/sumario_executivo_nascer_no_brasil-novos_resultados.pdf. Acesso em: 13 abr. 2023.

LEITE, Tatiana Henriques *et al.* Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 022, p. 483-491. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2021/02/22/violencia-obstetrica-um-desafio-para-saude-publica-no-brasil/>. Acesso em: 13 abr. 2023.

LEITE, Tatiana Henriques. Violência Obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. **Grená**, fev. 2021. Disponível em:

MARTINS, Ana Paula Vosne. **Visões do feminino:** a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARTINS, Ana Paula. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Revista Estudos Feministas**, v. 13, n. 3, p. 645-666, set. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000300011>. Acesso em: 13 abr. 2022.

MATTOS, Ruben Araújo. Ciência, Metodologia e o Trabalho Científico (ou tentando escapar dos horrores metodológicos). *In:* MATTOS, Ruben. *et al.* (orgs). **Caminhos para análise das políticas de saúde.** Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MATTOS, Ruben Araújo. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. *In:* MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde:** contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008a.

MATTOS, Ruben Araujo. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Revista Interface**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.771-780, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo. Princípios do Sistema Único de Saúde(SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Revista Interface**, v.13, p. 771- 780, 2009.

MATTOS, Ruben Araújo. **Sobre o ato de escrever**. Acervo pessoal, 2008b.

MELLO, David. Violência Obstétrica- Como as leis tratam do assunto. **Notícias CERS**, fev 2022. Disponível em : <https://noticias.cers.com.br/noticia/violencia-obstetrica-como-tratam-as-leis-brasileiras/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

OLIVEIRA, Tales Lima. Mulheres Negras e Maternidade: um olhar sobre o ciclo gravídico-puerperal. **Cadernos de Gênero e Diversidade**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 12–23, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/29686>. Acesso em: 26 out. 2021. <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/29686/20632>. Acesso em: 13 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade Segura Assistência ao Parto Normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf. Acesso em: 13 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 2020 (On-line). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>. Acesso em: 13 set. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Brasil adere a campanha Nursing now para fortalecer papel de enfermeiras e enfermeiros na eliminação de barreiras ao acesso à saúde**. 2019 (On-line). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5923:brasil-adere-a-campanha-nursing-now-para-fortalecer-papel-de-enfermeiras-e-enfermeiros-na-eliminacao-de-barreiras-ao-acesso-a-saude&Itemid=844. Acesso em: 10 abr. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **OMS afirma que covid 19 é agora caracterizada como pandemia**. 2019 (On-line). Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812. Acesso em: 10 abr. 2022.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 701-708, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500021>. Acesso em: 13 jul. 2022.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, HENNINGTON, Eduardo; AZEVEDO, Élide Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200027>. Acesso em: 13 jul. 2022.

PEREIRA, Mara Dantas *et al.* Sofrimento emocional dos Enfermeiros no contexto hospitalar frente à pandemia de COVID-19. **Research, society and development**, [S. l.], v. 9, n. 8, 24 jun. 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5121>. Acesso em: 6 dez. 2020.

PIMENTEL, Thais. Brasil não tem lei federal que trate de violência obstétrica ou parto humanizado; maioria dos estados tem legislação sobre tema. **G1**, Belo Horizonte, 2022. Disponível em: <https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2022/07/17/brasil-nao-tem-lei-federal-que-trate-de-violencia-obstetrica-ou-parto-humanizado-maioria-dos-estados-tem-legislacao-sobre-tema.ghtml>. Acesso em: 13 abr. 2022.

PORTAL CATARINAS Adolescentes pretas têm três vezes mais riscos de sofrerem múltiplas violências. 2021 (On-line). Disponível em: <https://catarinas.info/adolescentes-pretas-tem-tres-vezes-mais-riscos-de-sofrerem-multiplas-violencias/>. Acesso em: 13 abr. 2022.

PORTAL GELEDÉS. **E não sou uma mulher? - Sojourner Truth** Tradução: Osmundo Pinho. Cachoeira: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia; Austin: University of Texas, 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/>. Acesso em: 13 abr. 2022.

RAMOS, Dandara. Intersecção de Raça e Gênero em Autorrelatos de Experiências Violentas e Polivitimização por Jovens no Brasil. **J. Disparidades de Saúde Racial e Étnica**, v. 9, p. 1506–1516, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01089-2>. Acesso em: 13 abr. 2022.

RAMPANELLI, Bruna **Possibilidades da Criminalização da Violência Obstétrica no Brasil**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Erechim, 2019. Disponível em: https://www.uricer.edu.br/cursos/arq_trabalhos_usuario/4511.pdf. Acesso em: 18 ago. 2022.

RIO DE JANEIRO. Procuradoria Geral. **Notice: Trying to get property of non-object in.** 2020. Disponível em: <https://pge.rj.gov.br/covid19/municipal/resolucoes-da-secretaria-municipal-de-saude>. Acesso em: 10 abr. 2022.

ROCHA, Jaqueline Alvarenga; NOVAES, Paulo Batistuta. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. **Femina**, v. 38, n. 3, mar. 2010. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-545649>. Acesso em: 13 abr. 2023.

ROCHA, Julia. **Pacientes que curam o cotidiano de uma médica do SUS**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

RODRIGUES, Talita. **Política de Saúde da Mulher comemora 25 anos**. Indicadores mostram os resultados da ampliação do acesso da mulher aos serviços de saúde Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos#:~:text=Os%20%C3%BAltimos%20anos%20tamb%C3%A9m%20marcaram,da%20Mortalidade%20Materna%20e%20Neonatal>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SANTOS, Márcia Pereira Alves dos *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 9, p. 225-244, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>. Acesso em: 13 abr. 2022.

SILVA, Manoel Carlos Neri; MACHADO, Maria Helena. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, 20 dez. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100007 & lng=en\ nrm= iso & tlng=pt. Acesso em: 4 out. 2020.

SILVA, Mário Augusto Medeiros. Os Direitos Humanos e o Dia Internacional de Luta pela Eliminação da Discriminação Racia. *In*: ALMEIDA, Néri de Barros (org.). **Os direitos humanos à prova do tempo: reflexões breves sobre o presente e o futuro da humanidade**. Campinas: BCCL/UNICAMP, 2021.

TEIXEIRA, Luiz Antônio (org.). *Medicalização do parto: saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec, 2021.

TEIXEIRA, Luiz Antônio *et al.* A violência obstétrica como violação do direito à saúde da mulher: uma revisão narrativa. **Rev. Aten. Saúde**, v. 18, n. 65, p. 137-144, 2020. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/7009/3173. Acesso em: 4 out. 2020.

TIBURCIO, Cristiane Alves *et al.* Fórum Permanente de Enfermagem Obstétrica do Rio de Janeiro: uma construção coletiva. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. 1., 2018. **Anais [...]**. Campo Grande, CCARGC, 2018. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/cobeaon/68475->. Acesso em: 4 out. 2020.