

PARIR E NASCER EM MARABÁ: a violência obstétrica e a efetivação de políticas públicas de humanização do parto no Sul e Sudeste do Pará

Eixo Temático 08: Corpos que Gestam, Maternidade, Assistência à Saúde Materna e Violência. Narrativas literárias, Ética e Bioética nos Cuidados a Saúde; Movimentos Sociais e Relato de Experiências.

Heidiany Katrine Santos Moreno ¹
Jússia Carvalho Ventura ²

Resumo

O artigo analisa a violência obstétrica na única maternidade pública do sul e sudeste do estado do Pará e como as políticas públicas de humanização do parto e nascimento são implantadas na prática. Identificou-se práticas de violência obstétrica, através das notícias de jornais locais, denúncias no site do Ministério Público e pelos relatos de mulheres-mães que sofreram esse tipo específico de violência. Foi constatado também o descumprimento de várias normativas e legislações, entre elas a violação da Lei 11.108/2005, que garante um acompanhante para a gestante. Averiguou-se também a necessidade de várias mudanças e adequações na maternidade para garantir as gestantes um atendimento adequado e humanizado como preconiza a lei e os programas Rede Cegonha.

Palavras-chave: Violência obstétrica; Política pública; Humanização do parto.

Introdução

O parto, histórico e culturalmente, ficou reservado ao universo feminino, considerando que apenas mulheres participavam desse ritual de nascimento. Mesmo nas classes mais abastadas economicamente, as parteiras tinham papel fundamental em auxiliar a mulher no partear. Era um fenômeno familiar e doméstico no qual a mulher era vista como protagonista para dar à luz. Nas regiões com médicos disponíveis só havia atuação em casos graves que parteiras não sanavam.

Com a revolução industrial, e a evolução tecnológica e científica, em todos os setores da sociedade houve mudanças, o parto institucionalizou-se como evento

¹ Mestra em Estado, Governo e Políticas Públicas pela Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais-FLACSO. Heidianykatrine08@gmail.com

² Professor orientador: doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia Universidade Federal do Pará, UFPA-PA, Mestra em Ciência da Comunicação pela UFPA, PA jussiac@gmail.com

cirúrgico. Nesse processo a mulher passou de protagonista a “paciente”. Com o objetivo de controlar os riscos materno-fetais, as mulheres vão deixar de parir seus filhos no domicílio para parir em hospitais ou maternidades com vários procedimentos e intervenções, com a presença de médicos realizando os partos, de uma forma obrigatória e impositiva (ZANARDO,2017). O que antes era de um ambiente privado trona-se público, institucionalizado com uma figura masculina no processo, tendo participação do Estado por meio das políticas públicas de saúde, e com intervenções médicas como a ocitocina sintética³, manobra de Kristeller⁴, e a episiotomia⁵ usadas rotineiramente como protocolo dos hospitais e maternidades pelo Brasil (BRENES,1991). Esse conjunto de ações compõem o que se denomina de violência obstétrica⁶. Segundo dados da pesquisa “Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado” realizada pela Fundação Perseu Abramo e SESC - Serviço Social do Comércio em 2010⁷, diagnosticou que 25% (vinte e cinco por cento) das mulheres que tiveram filhos na rede pública ou privada disseram ter sofrido algum tipo de violência como xingamentos, episiotomia, obrigatoriedade de parir na maca, uso de ocitocina, são procedimentos dolorosos, humilhantes e muitos casos considerados como desnecessários. Diniz e D’Oliveira (1996) salientam que a violência obstétrica é um tipo específico de violência contra a mulher, uma violação dos direitos humanos, sexuais e reprodutivos das mulheres, sobretudo no direito à assistência materna e infantil.

Em contrapartida a essas práticas violentas, na hora do parto e do nascimento surge, a partir de 1950, no mundo todo, movimentos de mulheres organizados buscando

³ É um método farmacológico muito utilizado na prática para induzir o trabalho de parto, quando este não acontece de forma fisiológica, ou para acelerar o trabalho de parto das mulheres.

⁴ Técnica realizada com o objetivo de acelerar o trabalho de parto empurrando a barriga da mulher, realizando pressão externa sobre o útero da mulher. Esse procedimento não é indicado pelo Ministério da saúde desde 2017.

⁵ É uma incisão efetuada na região do períneo (área muscular entre a vagina e o ânus) para ampliar o canal de parto.

⁶ Definida pela Lei Orgânica sobre o Direito das Mulheres a uma Vida Livre da Violência, promulgada, em 2007, na Venezuela, como a apropriação do corpo e dos processos reprodutivos das mulheres por profissional de saúde, o qual confere um trato desumanizado, por meio, por exemplo, de abuso de medicação e patologização dos processos naturais, o que acarreta na perda, pelas mulheres, de sua autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, o que impactará negativamente na qualidade de vida (TESSER, 2015).

⁷ Acesso em: <https://fpabramo.org.br/2011/02/21/pesquisa-mulheres-brasileiras-e-genero-nos-espacos-publico-e-privado-2010/>

discutir novas formas de partear, resgatando o protagonismo feminino. No Brasil, a partir da década de 1970, surgem profissionais dissidentes, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e de nascimentos em sociedades indígenas, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick (1979) no Paraná, além do Hospital Pio X em Goiás (DINIZ, 2009). Desde então, grupos de mulheres, ONG's (Organizações Não Governamentais), doulas⁸ fazem o trabalho de combater violências obstétricas praticadas por algumas instituições de saúde e por alguns profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde implantou no país, em 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, tendo instituído também, em 2005, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (MAIA, 2010). A implantação dessas políticas públicas de saúde e assistência ao parto foram conquistadas após intensas mobilizações de mulheres, doulas e trabalhadores da área da saúde. Em 2011 foi lançado Programa Rede Cegonha pela então Presidenta Dilma Rousseff (PT), surgindo para substituir PAISM. O objetivo geral do programa era erradicar os altos índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil, sobretudo no norte e nordeste, bem como, diminuir a realização de cesarianas, principalmente as eletivas. Brasil realiza 55% dos partos por via cirurgia, ultrapassando a recomendação da OMS de 15%⁹.

A expressão “violência obstétrica” (VO), de acordo com TESSER et al.(2015) e RATTNER (2009), é utilizada para descrever e incluir diversas formas de violência durante a prática obstétrica profissional. (TESSER et al., 2015, p.2). Para MAIA existe uma dicotomia com relação à assistência hospitalar ao parto no Brasil: enquanto as gestantes de baixo risco são submetidas a intervenções desnecessárias, as de alto risco não recebem o cuidado adequado (OLIVEIRA et al., 2008 apud MAIA, 2010, p.46).

Apenas três estados do Brasil possuem legislação para o parto humanizado livre de violência obstétrica - Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina, contudo esta legislação não consegue atender a demanda da não prática de violência obstétrica, o que faz com que muitos casos de violência obstétrica tornem-se impunes. Para Diniz (2005), quando falamos sobre violência obstétrica, sobretudo em maternidades públicas, estamos falando de uma violência de gênero perpetrada pelo Estado por meio de

⁸ A palavra "**doula**" vem do grego "mulher que serve". Nos dias de hoje, aplica-se às mulheres que dão suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto.

⁹ Acesso em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>.

instituições por ele constituídas, de uma equipe profissional por ele contratada, contra mulheres que deveriam ser protegidas e não violentadas pelo Estado.

1. Caminhos Metodológicos

Realizamos uma pesquisa do tipo descritiva-exploratória. Com uma abordagem qualitativa, por meio de pesquisa bibliográfica, foi realizado um levantamento cronológico sobre os casos de violência obstétrica noticiados nos jornais locais, bem como uma pesquisa documental no site do Ministério sobre as denúncias de violência obstétrica na maternidade, entrevista com três mulheres-mães que tiveram seus filhos na maternidade, por serem os mais emblemáticos no período de 2015 a 2021, podendo, com isso, recontar a história de outras mulheres da sociedade da qual ela faz parte.

2 Descrevendo Partos e Nascimentos na Única Maternidade Pública do Sul e Sudeste do Estado do Pará

A maternidade pesquisada é denominada de Hospital Materno Infantil-HMI, pois oferece serviços nas áreas de ginecologia, obstetrícia e infantil, é totalmente dedicada ao Sistema Único de Saúde – SUS, realizando aproximadamente 400 partos mensais, sendo a única maternidade no sul e sudeste do Estado do Pará. Foi inaugurado em março de 2008, através de uma articulação do Conselho de Saúde da época que coletou quatro mil assinaturas na cidade para usar a verba destinada para a saúde na instalação do HMI no núcleo da velha Marabá.

O Programa Rede Cegonha foi lançado em março de 2011, no entanto em fevereiro de 2014, o município de Marabá, ainda não tinha instalado o programa Rede Cegonha. Tampouco a lei do acompanhante de 11.108/2005 vem sendo cumprida. Essa lei determina que os serviços de saúde do SUS (Sistema Único de Saúde), da rede privada ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto, a escolha da mulher.

Dentre as participantes desta pesquisa nenhuma teve esse direito garantido na hora do parto. O acompanhante só pode entrar na maternidade quando a mulher foi transferida para o quarto, ou seja, no pós-parto. Foi identificado a negação da garantia do direito ao acompanhante as parturientes na maternidade-HMI também no site do MP-PA (Ministério Público Estadual), através de 18 (dezoito) denúncias encontradas no Simp-Sistema integrado do Ministério Público do Pará na promotoria de Marabá,

solicitando intervenção do MP-PA para garantir o acompanhamento a mulher gestante que teve o direito negado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lei é de 2005 e, em 2021, a maternidade do HMI ainda não conseguia cumprir a lei, alegando falta de estrutura física. Para DINIZ (2005), as instituições de saúde, frequentemente, adotam várias formas de opressão de maneira sinérgica, reproduzindo comportamentos e rotinas discriminatórias sem que consigam reconhecer, nessas rotinas, seu conteúdo opressor. Esse modelo de assistência médica ao qual tivemos contato pelas entrevistas e documentos demonstra na prática o modelo de parto tecnocrático denominado por Davis-Floyd apud Santos (2016), pois centra-se no hospital, no médico e no aparato tecnológico. Está voltado para a relação com a instituição e com os profissionais que a representam, e estes profissionais, por sua vez, foram forjados num determinado padrão de ensino, o qual forma profissionais cada vez mais vinculados à tecnologia, aos aparelhos e exames, e menos capazes de se relacionar diretamente com seus pacientes.

Todavia, não existe até o momento nenhuma lei Federal, Estadual ou municipal que tipifique a violência obstétrica, assim como, uma definição ou previsão legal de pena sanção para violências cometidas no momento do parto. Mesmo com várias evidências de violência obstétrica, o município de Marabá não tem uma legislação específica sobre o tema e conseqüentemente as usuárias do sistema de saúde ficam legalmente desprotegidas, logo, não podendo compor ações judiciais consistentes.

A pesquisa nos auxiliou a identificar um tipo específico de violência contra a mulher: a violência obstétrica, bem como, trazer à tona situações vivenciadas por elas para identificar que a violência é recorrente durante a assistência ao parto, na única maternidade do sul e sudeste do Pará.

De acordo com Rattner (2009, pg.765-766), para combater a violência obstétrica é necessária uma mudança de paradigma, através de uma institucionalização da atenção humanizada, similar à implantada pelo SUS, no Humaniza SUS, porém adotando a Medicina Baseada em Evidências científicas, para todos os setores da saúde, inclusive redes particulares.

Finalmente, para que mudanças efetivamente aconteçam, é necessário, além dos processos educativos e de implantação de políticas públicas, a correta aplicação do direito, tipificando a violência obstétrica como violência contra a mulher, assim como é feito em países como Argentina e Venezuela. Para que os atos e ações cometidos por alguns profissionais da saúde, que muitas vezes levam mulheres e bebês ao óbito, não fiquem impunes. Estabelecendo a garantia dos direitos humanos às mulheres, bem como o direito fundamental a saúde.

No caso da maternidade-HMI é necessário, que seja feita uma série de mudanças e adequações para garantir um parto humanizado às mulheres. Por fim, em concordância com que o que foi exposto na pesquisa, verifica-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública, com uma assistência à saúde tecnocrata que impacta diretamente sobre a mãe e sobre o nascido, inclusive contribuindo para o aumento dos índices de mortalidade materna e infantil no país.

Por fim, em concordância com que o que foi exposto, aqui, verifica-se que a violência obstétrica constitui um problema de saúde pública, com uma assistência à saúde tecnocrata que impacta diretamente sobre a mãe e sobre o nascido, inclusive contribuindo para o aumento dos índices de mortalidade materna e infantil no país. A prevenção e a superação desta forma específica de violência perpassam pelo engajamento de todos os agentes e atores envolvidos com a assistência, como Estado, as instituições de saúde, a participação dos movimentos sociais e da sociedade civil, o judiciário e a academia enquanto formadora de profissionais da saúde. Haja vista, que é necessário à inserção de novas formas de assistência, para garantir à mulher o direito fundamental à saúde.

REFERÊNCIAS

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, p. 135-149, 1991.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. **Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social**.1996. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3). São Paulo, 2005. pp. 627-637.

_____. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano.**, São Paulo, v.19, n.2, 2009, p. 313-326. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822009000200012&script=sci_arttext. Acesso em: 02 de dezembro de 2019.

MAIA, Mônica. **Humanização do parto:** política pública, comportamento organizacional Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2010.

TESSER, C.D.n et alii. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v. 10, n.35, 2015, p.1-12.

ZANARDO, G. L. D. P.; URIBE, M. C.; NADAL, A. H. R. D.; HABIGZANG, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia & Sociedade**, n.29, 2017, p.1-11.